



NORME AD HOC PER LA MEDICINA DI GENERE

La lunga marcia verso una medicina e terapia di genere

■ **MEDICINA DI GENERE**

Le norme contenute nel "Ddl Lorenzin" e la proposta di legge Boldrini per la promozione e diffusione della medicina di genere

■ **SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI**

Creto per tutelare gli associati nelle controversie giudiziarie per fatti attinenti alla professione: cosa offre e come si attiva

■ **DDL ZACCAGNINI**

Parto: introdurre il reato di violenza ostetrica. Sigo-Aogoi-Agui: un'iniziativa che offende la professionalità degli operatori sanitari



Perfetta per i disturbi vulvo-vaginali. Ripara, lenisce, protegge.



Un'esclusiva formulazione in crema con ingredienti di origine naturale, dall'azione riparatrice, antinfiammatoria e di supporto alle difese immunitarie locali della zona vulvo-vaginale. Tutto questo è Celegyn.



DISPOSITIVO MEDICO **CE** 0546

NATHURA.COM


NATHURA®
LA NOSTRA RICERCA,
IL TUO STAR BENE.

5



“È necessario bruciare le tappe e dare concretezza alla dimensione di genere in ogni ambito della salute. Un vero ‘salto culturale’ su queste tematiche non è ancora stato fatto”

16



“Ringrazio tutti i soci per i messaggi di apprezzamento e di sostegno alla presa di posizione Aogoi sul Ddl Zaccagnini. Un grazie particolare al nostro collega parlamentare Benedetto Fucci per la sua accorata difesa della nostra professione”

PRIMO PIANO

- 4 **Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche. Senato approva Ddl Lorenzin. 31 le professioni regolate**

Trojano: “Bene le norme sul parto indolore e la medicina di genere”

- 7 **Medicina di genere. Dal Patto per la Salute alla formazione, fino alla cura**

La proposta di legge dell'On. Paola Boldrini

- 7 **La salute delle donne fotografata dall'Istat**

- 8 **Gli screening neonatali nei Lea. Via libera della Camera al provvedimento Taverna**

- 9 **Assicurazioni. Errori da parto: quasi il 20% dei top claim**

I dati dell'ultimo Rapporto Marsh

- 11 **Mortalità materna: Italia in piena media europea. Emorragia la prima causa**

Lo studio dell'Iss

- Il Ddl De Biasi per un registro nazionale delle morti materne

12

91° CONGRESSO SIGO
56° CONGRESSO AOGOI
23° CONGRESSO AGUI



Roma
Ergife Palace Hotel
16/19 ottobre 2016



PROFESSIONE

- 13 **TUTELA E PREVENZIONE: AOGOI PER TE**



Lo Scudo Giudiziario Aogoi: cosa offre e come si attiva

- 14 **Parto. “Introdurre il reato di violenza ostetrica” Il Ddl Zaccagnini e la protesta dei ginecologi**

- “Un disegno di legge che offende la professionalità degli operatori sanitari”.

La nota congiunta SIGO-AOGOI-AGUI

- Fucci: “Proposta di legge da caccia alle streghe contro i medici”

- @ I commenti dei soci Aogoi

- 18 **Dall'intimità alla violenza**

Proposta per un Progetto europeo di servizi di sessuologia e prevenzione della violenza

Maria Paola Simeone

- 20 **Aogoi: Con una corretta informazione contraccettiva evitabile 1 aborto su 4 in Italia**

Aborto. Dopo la pronuncia del Consiglio d'Europa, l'Aogoi rilancia il suo Progetto per prevenire le Ivg ripetute

- 21 **Gravidanze a rischio di parto pretermine: Aogoi Campania presenta la “Perinatal Card”**

Davide De Vita

- 23 **Campania. La nostra proposta per inserire gli obiettivi di genere nel nuovo Psr**

Maria Gabriella De Silvio

- 25 **“Il progesterone per il supporto della fase luteale nelle prime fasi di gravidanza. Evidenze complessive e nuove formulazioni**

- 27 **Ricognizione dei centri Pma. L'indagine della SIOS.E**

- 28 **Report Congressi**

- 30 **Ricordo del Prof. Achille Ianniruberto**

Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche: il Senato approva ddl Lorenzin. In tutto regolate 31 professioni

Il Senato ha approvato in prima lettura, il 24 maggio scorso, il disegno di legge Lorenzin sulla riforma degli Ordini sanitari e le sperimentazioni cliniche. Il ddl ha visto il sì di tutti gli schieramenti con l'eccezione del 5 Stelle che hanno votato contro e della Lega che si è astenuta. Nella seduta della settimana precedente l'Assemblea di Palazzo Madama aveva approvato i primi tre articoli del provvedimento, oltre ad alcuni Ordini del giorno che impegnavano il governo sia nell'istituzione di nuovi Ordini professionali in ambito sanitario con più di 20mila iscritti, che per il riconoscimento dell'ingegneria clinica come professione sanitaria. Nella seduta successiva sono stati poi approvati i restanti 11 articoli con alcune modifiche, tra le quali spicca l'istituzione dell'Ordine dei fisici e dei chimici.

Di seguito l'analisi nel dettaglio del contenuto del provvedimento approvato.

L'articolo 1 reca una delega al Governo per la revisione della disciplina in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano. Il Governo è delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano introducendo specifico riferimento alla medicina di genere.

Tra i principi e i criteri direttivi previsti sono richiamati: il riordino e il coordinamento delle disposizioni vigenti; l'individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle varie fasi delle sperimentazioni cliniche; l'individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I da condurre con

Nel provvedimento, passato alla Camera, anche le norme sul parto indolore nei nuovi Livelli essenziali di assistenza e norme ad hoc per la medicina di genere. E poi sanzioni più elevate per l'abusivismo professionale. Ostetriche e ostetrici rientrano tra le professioni sanitarie per cui è prevista l'Istituzione di un Ordine professionale



un approccio di genere; la semplificazione degli adempimenti formali, relativamente alle modalità di presentazione della domanda per il parere del comitato etico ed alla conduzione ed alla valutazione degli studi clinici; la semplificazione delle modalità d'impiego per la ricerca del materiale clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche; la revisione delle procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimentazione clinica; l'applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche; l'individuazione - nell'ambito degli ordinamenti didattici - di specifici percorsi formativi in mate-

ria di metodologia della ricerca clinica, conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci; l'aggiornamento periodico, attraverso il conseguimento di crediti formativi relativi a percorsi assistenziali multidisciplinari e multiprofessionali, del personale medico, sanitario e socio-sanitario impegnato nelle sperimentazioni in oggetto; la riformulazione del-

l'apparato sanzionatorio; la revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e a quelli osservazionali.

L'articolo 2 affronta l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza. Qui si prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro del-

l'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, siano inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria le prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto, effettuate tramite ricorso a tecniche di anestesia loco-regionale, ferma restando la disciplina del consenso informato e della libertà di scelta delle partorienti. Anche in questo caso l'aggiornamento dei Lea deve tener conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 3 affronta il riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie. Si prevede, tra l'altro, l'istituzione dei seguenti Ordini professionali (comma 9): delle professioni infermieristiche; delle ostetriche e degli ostetrici; delle professioni sanitarie della riabilitazione; dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (in quest'ultimo ordine confluisce anche la professione di osteopata).

Per l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle strutture del Ssn (comprese nella rete formativa della scuola di specializzazione) si prevede, all'art. 10, che possano essere definite ulteriori modalità attuative, anche negoziali

L'articolo 4 prevede l'istituzione della professione sanitaria di osteopata e del relativo albo, nell'ambito dell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (ordine istituito dal precedente articolo 3). L'esercizio della professione è subordinato all'iscrizione all'albo. Per l'iscrizione è richiesto il possesso della laurea abilitante o dei titoli equipollenti, individuati con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome entro 3 mesi dall'entrata in vigore della presente legge. Per l'individuazione delle competenze riconducibili alla professione di osteopata, il comma 1 richiama le norme procedurali ed i criteri vigenti in merito per nuove professioni sanitarie da istituire.

Grazie ad un emendamento della relatrice approvato in Aula, il Consiglio nazionale dei chimici che assume la denominazione di Federazione nazionale degli Ordini dei chimici e dei fisici, al quale si applicano le disposizioni degli Ordini delle professioni sanitarie. Si spiega poi che, fino all'adozione di uno specifico regolamento recante modifiche e integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio delle professioni di chimico e fisico, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti nell'albo professionale dell'Ordine dei chimici e dei fisici, sono istituiti, all'interno delle sezioni A e B del relativo albo professionale, i settori "Chimica" e "Fisica" nel rispetto delle previsioni dell'articolo 3 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328.

Infine, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, il Ministro della salute adotta gli atti necessari all'articolazione territoriale degli Ordini dei chimici e dei fisici e nomina dei commissari straordinari per l'indizione delle elezioni. I Consigli direttivi degli Ordini dei chimici e il Consiglio nazionale dei chimici in essere alla data di entrata in vigore della presente legge restano in carica fino alla fine del proprio mandato con le competenze ad essi attribuite dalla legislazione vigente; il rinnovo avviene con le modalità previste dalla presente legge e dai relativi provvedimenti attuativi.

Con l'intervento operato si sostituisce gran parte del predetto decreto legislativo n. 233 del 1946, e le nuove norme organizzative concernono sia gli ordini esistenti dei medici chirurghi e degli odontoiatri, dei veterinari e dei farmacisti sia i nuovi ordini summenzionati. Si trasformano gli attuali collegi delle professioni sanitarie e le rispettive federazioni nazionali in ordini delle medesime professioni e relative federazioni nazionali accorpando in un medesimo ordine, quello dei tecnici sanitari di radiologia medica professioni tra

loro omogenee e compatibili, quali le professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione che pur regolamentate non hanno ancora albi professionali.

L'articolo 5 prevede che gli Ordini dei biologi e degli psicologi rientrino sotto la vigilanza del ministero della Salute (oggi sono vigilati dal ministero della Giustizia); per l'ordine degli psicologi, restano ferme, tuttavia, le attuali norme organizzative - mentre l'ordine dei biologi è inserito nelle novelle di cui al comma 1 del precedente articolo 3. Sempre all'articolo 5 si prevede che la professione di psicologo sia ricompresa tra le professioni sanitarie.

L'articolo 6 prevede l'istituzione, presso l'ordine degli ingegneri, dell'elenco nazionale certificato degli ingegneri biomedici e clinici, demandando ad un regolamento ministeriale la definizione dei requisiti per l'iscrizione, su base volontaria.

I commi da 1 a 3 dell'articolo 7 modificano il regime delle sanzioni penali e accessorie in caso di esercizio abusivo di una professione sanitaria. In sede referente, si è specificato che anche la novella di cui al comma 2, relativa alla confisca, concerne esclusivamente i casi di esercizio abusivo di una professione sanitaria (e non anche le ipotesi di esercizio abusivo di altre professioni). Ricordiamo che, in materia di esercizio abusivo di una professione, la Commissione

Giustizia del Senato ha approvato il 30 gennaio 2014, in prima lettura e in sede referente il testo del ddl Marinello. Non a caso nel dossier del servizio studi si suggerisce un coordinamento tra i due interventi legislativi.

Il comma 4, reca una novella alla disciplina in materia di professioni non organizzate, al fine di specificare che l'esclusione (già vigente) delle professioni sanitarie dall'ambito di tale normativa concerne tutte le "attività tipiche" di una professione sanitaria o riservate ad essa "per legge".

L'articolo 8 introduce una fattispecie di estensione al farmacista delle pene previste per il reato di commercio attraverso canali diversi dalle farmacie di medicinali e sostanze farmacologicamente o biologicamente attive considerati sostanze dopanti. L'estensione concerne i casi in cui il farmacista, in assenza di prescrizione medica, dispensi i suddetti farmaci e sostanze per finalità diverse da quelle proprie ovvero da quelle indicate nell'autorizzazione all'immissione in commercio. Si ricorda che le pene in oggetto consistono nella reclusione da due a sei anni e nella multa da euro 5.164 a euro 77.468.

Il ddl prevede che l'aggiornamento dei Lea debba tener conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale

L'articolo 9 inserisce tra le circostanze aggravanti comuni l'aver, nei delitti non colposi, commesso il fatto in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali.

L'articolo 10 prevede che, con accordo concluso in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta dei Ministri della salute e dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, possano essere definite ulteriori modalità attuative, anche negoziali, per l'inserimento dei medici in formazione specialistica all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale (comprese nella rete formativa della scuola di specializzazione). Vengono soppressi da un emendamento della relatrice i commi 3 e 4 che demandavano ad un decreto interministeriale la definizione delle linee guida in materia di svolgimento della attività teoriche e pratiche dei medici in formazione specialistica e l'istituzione, nelle regioni in cui abbiano sede una o più scuole di specializzazione, degli Osservatori regionali per la formazione medico-specialistica, al fine

di assicurare il monitoraggio dei risultati della formazione.

L'articolo 11 consente che i soggetti legittimati ad esercitare professioni o arti sanitarie, ad eccezione dei professionisti abilitati alla prescrizione di medicinali, svolgano la loro attività anche in farmacia (della quale siano titolari o meno); stipulino convenzioni con i farmacisti sulla partecipazione all'utile della farmacia. Vengono elevati i limiti minimi e massimi della sanzione amministrativa pecuniaria qui contemplata. Si consente, inoltre, che la sostituzione temporanea nella direzione della farmacia privata di cui sia titolare una società sia operata con un qualsiasi farmacista iscritto all'albo e non necessariamente con un altro socio farmacista.

All'articolo 12, nell'ambito delle professioni sanitarie, viene istituita la professione del chiropratico. Per l'esercizio della professione sanitaria di cui al presente comma, è necessario il possesso della laurea abilitante o titolo equipollente e l'iscrizione al registro istituito presso il Ministero della salute.

L'articolo 13 prevede l'istituzione del ruolo della dirigenza sanitaria del

► Segue a pagina 7

"Bene le norme sul parto indolore e la medicina di genere"

Vito Trojano
Presidente Nazionale AOGOI

Non posso che valutare positivamente le norme relative all'inserimento nei Lea delle prestazioni di controllo del dolore nella fase travaglio-parto e il richiamo esplicito alla medicina di genere, sia all'articolo 2 del Ddl Lorenzin, che affronta (il tanto agognato) aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, che dovranno finalmente "tener conto delle specifiche esigenze della medicina di genere, prevedendo appropriati percorsi terapeutici e di accesso alle cure in modo uniforme all'interno del Servizio sanitario nazionale". Sia all'articolo 1, dove, nell'ambito riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano, è previsto venga introdotto uno specifico riferimento alla medicina di genere. Oltre alle previsioni contenute negli articoli sulla riforma degli ordini professionali e sul contrasto all'esercizio abu-

■ Un nuovo approccio alla salute che tenga conto della differenze tra uomo e donna nella clinica, nella diagnostica e nella terapia oltre che nella ricerca farmacologica costituisce una sfida fondamentale per la medicina del Terzo Millennio. Le norme contenute nel "Ddl Lorenzin" e la proposta di legge dell'On Paola Boldrini sono senz'altro una buona notizia. È necessario però bruciare le tappe e dare concretezza alla dimensione di genere in ogni ambito della salute. Un vero "salto culturale" su queste tematiche non è ancora stato fatto

sivo della professione medica. Vorrei però soffermarmi sulla medicina di genere, uno dei punti centrali del provvedimento in quanto ritengo che un nuovo approccio alla salute che tenga conto della differenze tra uomo e donna nella clinica, nella diagnostica e nella terapia oltre che nella ricerca farmacologica costituisca una sfida fondamentale per la medicina del Terzo Millennio. Per questo, le norme contenute nel "Ddl Lorenzin" così come la proposta di legge per la promozione e diffusione della medicina di genere presentata recentemente dall'On. Paola Boldrini, che vede tra i firmatari anche l'On. Federico Gelli, rappresentano senz'altro una buona notizia. Bisogna però andare alla sostan-

za e innescare davvero quel circolo virtuoso che porti alla messa in atto dei principi della medicina e terapia di genere. Senza perdere altro tempo. Sono ormai molti anni che si parla di medicina di genere, di medicina personalizzata... ma la strada da percorrere è ancora molto lunga. Dovremmo bruciare le tappe. Per troppo tempo (millenni) le donne sono state considerate dei "piccoli uomini", come ha spesso sottolineato in alcuni nostri congressi Flavia Franconi, professore ordinario di Farmacologia Cellulare e molecolare all'Università di Sassari. Inoltre, "non considerare le differenze danneggia ambedue i generi". Infatti la medicina androcentrica non ha prodotto vantaggi solo alle donne, ma anche agli uomini, per quan-



to riguarda le malattie a netta prevalenza femminile, come ad es. depressione e osteoporosi. Storicamente, come ha ricordato la Prof.ssa Franconi, la ricerca preclinica e clinica, con l'eccezione dei processi sesso e genere specifici, è stata prevalentemente condotta su soggetti di sesso maschile. In partico-

► Segue a pagina 7



Bio-Oil® è l'olio dermatologico che aiuta a migliorare visibilmente cicatrici, smagliature e a uniformare il colorito della pelle in caso di discromie. Bio-Oil® è a base di oli naturali, vitamine e contiene l'innovativo ingrediente PurCellin Oil™. Per informazioni dettagliate sul prodotto e i risultati dei test clinici, visiti il sito www.bio-oil.com o contatti Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722.
Bio-Oil® è il prodotto N° 1 più venduto in farmacia per smagliature e cicatrici*. €11,95 (60ml), €19,95 (125ml), €27,95 (200ml).

► Segue da pagina 5

Riforma Ordini e sperimentazioni cliniche

Ministero della salute e reca le norme di accesso a tale ruolo nonché ai relativi incarichi di direzione di uffici dirigenziali di livello non generale o generale e alla qualifica di dirigente di prima fascia. Nel ruolo è collocato, in fase di prima applicazione, l'attuale personale di qualifica dirigenziale del Ministero della salute con professionalità sanitaria. Il comma 1 prevede che, in sede di contrattazione collettiva nazionale successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009, ferma restando l'esclusività del rapporto di lavoro, siano estesi al personale dirigente in esame, prioritariamente e nei limiti delle risorse disponibili per i rinnovi contrattuali, gli istituti stabiliti dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, per le corrispondenti qualifiche del Servizio sanitario nazionale e recepiti nei relativi contratti collettivi nazionali.

Infine, l'articolo 14 reca norme di chiusura con riferimento alle competenze legislative delle regioni a statuto ordinario, di quelle a statuto speciale e delle province autonome. **Y**

► Segue da pagina 5

"Bene le norme sul parto indolore e la medicina di genere"

lare, i trial per i grandi farmaci del sistema cardiovascolare hanno arruolato solo il 30% di donne e alcuni non ne hanno arruolato nessuna, eppure le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte anche per le donne.

Su questo fronte l'Aogoi è impegnata da molti anni. Dallo spazio che alla medicina di genere abbiamo riservato nei nostri congressi alle iniziative che abbiamo promosso e/o sostenuto sul territorio (come per esempio quella illustrata alle pagine seguenti dalla collega Maria Gabriella De Silvio). L'elenco è lungo. Qui vorrei solo ricordare l'importante Progetto che abbiamo avviato in collaborazione con la Fondazione Lorenzini nel 2009, raccogliendo l'invito dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Oms che sollecitava un intervento tempestivo e congiunto

degli Stati Membri finalizzato a prevenire e controllare le malattie non comunicabili (NCD) attraverso l'elaborazione di un piano d'azione capace di identificare una strategia globale per ridurre i livelli d'esposizione ai fattori di rischio e ai loro determinanti, per promuovere idonei stili di vita e per sviluppare interventi sanitari mirati.

Il progetto Aogoi-Fondazione Lorenzini, che presentammo al congresso nazionale di Bari nel 2009, era mirato alla formazione interdisciplinare del ginecologo sulle malattie croniche non comunicabili, a partire dalla premessa che il ginecologo, meglio di altri specialisti, possa avere un ruolo determinante nell'individuare precocemente queste malattie e contribuire a prevenirle.

L'Aogoi, con la Fondazione Lorenzini, lavorò a questo primo progetto nazionale interdisciplinare di medicina di genere, "sperando di abbattere le barriere ideologiche che frequentemente impediscono lo scambio fra diverse culture e quindi la crescita scientifica. L'obiettivo era di formare operatori attenti e preparati alle

differenze di genere, di realizzare reali vantaggi in termini di guadagno di salute per la donna e di interpretare in maniera esatta un bisogno più volte espresso dal ginecologo di diventare sempre a maggior titolo il medico della donna".

Cogliere le differenze di genere rispetto ai processi di salute e malattia, comprendere i fallimenti diagnostici e terapeutici nei confronti delle donne e della loro salute è pertanto una sfida fondamentale. È necessario considerare la donna in tutta la sua complessità e peculiarità, ben diverse da quelle dell'uomo. Soprattutto oggi che la medicina sta puntando sempre più sulla genetica o su forme di prevenzione quali la nutrizione in gravidanza.

Il mio auspicio è che queste e altre iniziative istituzionali portino al più presto a un vero e proprio Piano nazionale che dia attuazione alla medicina di genere in ogni settore. È necessario un salto culturale che non è stato ancora fatto. E ora è tempo di farlo. **Y**

LA FOTO DELL'ISTAT

La salute delle donne. Vivono di più ma si ammalano di più degli uomini



Consumano più farmaci e sono le più colpite dalle malattie croniche. Anche le cause di morte sono diverse. Per le donne al primo posto le malattie cardiovascolari, mentre per gli uomini il cancro resta il big killer per eccellenza. Tutti i dati dell'ultimo rapporto Istat

Nel 2012, in Italia sono stati registrati 613.520 decessi: 295.831 uomini e 317.689 donne. I livelli di mortalità tra i due generi sono sostanzialmente uguali con un tasso grezzo pari a 10 per mille abitanti sia per gli uomini sia per le donne.

Nel dettaglio per causa, si osserva che nel 2012 le due principali cause di morte sono ancora le malattie del sistema circolatorio e i tumori a cui sono attribuiti il 66,4 per cento dei decessi complessivi. Le principali cause di morte sono le malattie del sistema circolatorio con un quoziente pari a 386,6 per 100 mila abitanti.

La distinzione degli indicatori per genere, tuttavia, evidenzia una differenza nelle graduatorie: infatti le malattie del sistema circolatorio costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 424,6 per 100 mila, mentre per gli uomini esse sono la seconda causa di morte (quoziente maschile pari a 345,9 per 100 mila) subito dopo i tumori che invece fanno registrare un quoziente maschile di 346,4 per 100 mila; i tumori costituiscono invece la seconda causa di morte femminile con un quoziente di 252,4 per 100 mila abitanti.

Tale differenza per genere si osserva ormai da qualche anno e potrebbe almeno in parte essere spiegata da una struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Proseguendo

► Segue a pagina 30

Medicina di genere. Boldrini (Pd) presenta la sua proposta di legge alla Camera

Dal Patto per la Salute alla formazione, fino alla cura

"Dopo la giornata nazionale della salute delle donne dello scorso 22 aprile ho ritenuto doveroso presentare alla Camera questa proposta di legge sulla medicina di genere. La mia proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio". Così **Paola Boldrini** (Pd) ha illustrato nel corso di una conferenza stampa alla Camera il 10 maggio scorso la proposta di legge a sua prima firma per la promozione e diffusione della medicina di genere.

"Si parte dal Patto per la salute. Si prevede quindi qui di inserire tra gli obiettivi la promozione e il sostegno alla medicina di genere quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche, promuovendo progetti di ricerca, ma anche la sensibilizzazione delle riviste scientifiche ai fini dell'accREDITAMENTO di pubblicazioni atten-

"La mia proposta di legge intende dare per acquisito che l'approccio di differenza sessuale e di genere rappresenta un'innovazione tendente a massimizzare l'equità e l'appropriatezza dell'assistenza nel pieno rispetto del diritto alla salute, e analizza e riordina le attribuzioni di funzioni in tal senso, per rendere operativa e concreta l'innovazione di approccio". Così la parlamentare democratica Paola Boldrini ha presentato il provvedimento alla Camera il 10 maggio scorso



te al genere - spiega Boldrini -. Si prevede poi l'istituzione dell'**Osservatorio nazionale dinamico per la medicina di genere** con il compito di raccogliere, coordinare e trasferire dati epidemiologici e clinici al fine di assicurare il raggiungimento dell'equità nel diritto alla salute".

"Nel testo viene menzionata anche l'istituzione di **registri pubblici sulla violenza di genere** che attualmente non esistono. Si predispongono, inoltre, un Piano formativo nazionale per la medicina di genere che prevede

l'attivazione di corsi interdisciplinari finalizzati alla conoscenza e all'applicazione dell'orientamento alle differenze sessuali e di genere nella ricerca, nella prevenzione, nella diagnosi e nella cura. Insomma - conclude la deputata Pd - si tratta di una proposta di legge che istituisce una vera e propria rete che si occupa a 360° della tematica chiamando in causa tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni alle università".

Quanto all'iter del provvedimento, è la stessa Boldrini a spiegare che il testo, già assegnato alle commissioni di Camera e Senato, sarà esaminato in prima lettura a Montecitorio: "L'esame del provvedimento partirà dalla Camera. Il mio auspicio è che possa iniziare entro il prossimo autunno per poi concludersi nel più breve tempo possibile".

Presente all'incontro anche il responsabile sanità del Pd, **Federico Gelli**, che ha spiegato:

"Ho sottoscritto con piacere, condivido e sosterrò in tutti i suoi passaggi parlamentari questo disegno di legge sulla medicina di genere. Questo è un tema che ho sempre seguito con grande interesse in prima persona fin da quando ero vicepresidente della Giunta regionale toscana con delega alle pari opportunità. In quel periodo, grazie anche al mio sostegno, eravamo riusciti ad approvare una legge sulla cittadinanza di genere che andava ad interessare tutte le competenze regionali".

"Il nostro Paese deve cogliere l'opportunità di questa stagione di riforme, non solo perché la parità di genere produce ricchezza e sviluppo, ma anche per la necessità di fare una volta per tutte un necessario salto culturale su questa tematica. Entrando nel dettaglio, all'interno di questa proposta di legge troviamo un interessante **Piano formativo nazionale gender oriented**, ma anche un più stretto coinvolgimento delle Regioni che dovranno declinare fattivamente sul territorio gli indirizzi contenuti nella normativa", ha concluso Gelli.

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, il testo della proposta di legge "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere" **Y**

Gli screening neonatali nei Lea.

“Non un costo, ma un investimento per la salute”

L'Assemblea di Montecitorio ha dato il suo via libera all'unanimità al disegno di legge sugli screening neonatali il 15 giugno scorso. Il testo, con alcune modifiche, è tornato in terza lettura a Palazzo Madama. L'obiettivo del provvedimento è quello di rendere obbligatoria, con l'inserimento nei livelli essenziali di assistenza, l'effettuazione dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie ereditarie, già previsto dall'art. 1, comma 229, della legge di stabilità per il 2014. Grande soddisfazione per l'approvazione è stata espressa dal sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo** che ha dichiarato: "Siamo tutti consapevoli che effettuare lo screening neonatale esteso non rappresenta un costo, bensì un investimento per la salute, sostituendo il principio del rapporto costi-benefici con quello del costo-opportunità. Il beneficio non è solo legato la paziente ed alla sua famiglia ma rappresenta una razionalizzazione nell'impiego delle risorse del Sistema Sanitario, nel senso che avviare un percorso di cura prima dell'insorgenza dei sintomi è, senza dubbio, meno oneroso della gestione di un paziente con alto rischio di invalidità conseguente al ritardo diagnostico". "Partendo dalla consapevolezza della rilevanza che riveste, in termini di sanità pubblica, lo screening neonatale, emerge con ogni evidenza la portata innovativa e il significativo e oggettivo interesse del ddl approvato, pertanto ha proseguito De Filippo - ribadisco: affinché un programma di screening sia efficace, non solo dal punto di vista clinico ma anche di sanità pubblica (prevenzione collettiva, costo/beneficio, equità d'accesso, etc.), è necessario garantire il raggiungimento

e l'esecuzione del test al 100% della popolazione di riferimento, nel rispetto della tempistica che deve fornire precisi e definiti percorsi clinici, con protocolli operativi ottimizzati all'impiego delle risorse da parte dei vari operatori coinvolti nel processo: i Consulenti familiari, i Centri Nascita, il Centro Screening, il Centro di Riferimento Clinico, il Pediatria del territorio. Questo risultato si può conseguire solo mediante una legge che rende uniforme il sistema sull'intero territorio nazionale e supera ogni disegualianza di accesso ai servizi sanitari delle diverse regioni".

Sulla stessa lunghezza d'onda anche il M5s che parla di un "atto di civiltà".

"L'odierno sì all'unanimità della Camera alla nostra proposta di legge, che rende obbligatori gli screening neonatali, è un risultato che ci rende felici per tutti quei bambini e le loro famiglie che potranno finalmente usufruire in modo completo, omogeneo e gratuito di questo strumento. In attesa della definitiva approvazione del testo al Senato resta però da compiere un altro, fondamentale, passo: l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di assistenza (Lea), fermi al 2001. Un aggiornamento costantemente annunciato dal ministro della Salute ma che ancora deve vedere la luce: auspichiamo avvenga quanto prima", hanno affermato i deputati del Gruppo M5s.

"Ricordiamo - hanno proseguito i deputati pentastellati - che la proposta di legge, a prima firma della senatrice Paola Taverna, è tesa a rendere obbligatoria, con l'inserimento nei Lea, l'esecuzione dello screening neonatale per la diagnosi precoce di malattie metaboliche ereditarie. L'identificazione precoce è un passaggio importantissimo, per-

Così il sottosegretario alla Salute, Vito De Filippo dopo il via libera all'unanimità della Camera al disegno di legge sugli screening neonatali. Per la promotrice del provvedimento, Paola Taverna (M5s): "Viene ridata speranza alle famiglie".

L'obiettivo della legge è quello di rendere obbligatoria, con l'inserimento nei Lea, l'effettuazione dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie ereditarie. Cosa prevedono i 6 articoli del provvedimento passato ora al Senato



ché consente di iniziare immediatamente trattamenti farmacologici e dietetici adeguati, che possono salvare la vita al bambino e migliorare la qualità della sua vita. Il provvedimento consente inoltre di superare l'asimmetria oggi esistente tra diversi territori: in alcune Regioni virtuose lo screening viene effettuato su circa 40 patologie metaboliche ereditarie, mentre in altre avviene soltanto rispetto al-

le tre patologie per le quali ad oggi è prevista l'obbligatorietà". Sull'approvazione è intervenuta anche la senatrice del M5s promotrice del testo, **Paola Taverna**: "La Camera ha approvato all'unanimità la legge a mia prima firma che inserisce nei livelli essenziali di assistenza gli screening neonatali, rendendo questi esami obbligatori e gratuiti per tutti i neonati italiani. È una legge che ho fortemente voluto e per la quale mi batto da quando sono entrata in Parlamento e che ora sta per diventare realtà nonostante gli ostacoli, le diffidenze e i contrasti enormi che abbiamo dovuto affrontare. Ora manca solo un piccolo ultimo passo e poi finalmente potremo regalare a tanti bambini italiani e alle loro famiglie, senza più nessuna distinzione, una speranza di vita finora negata".

"In un Paese in cui 11 milioni di italiani rinunciano a curarsi perché non hanno i soldi per farlo, il M5S sta facendo approvare una legge che dà a tutte le famiglie italiane la possibilità di prevenire possibili malattie rare sottoponendo i propri bambini ad un semplice esame. È la nostra idea di diritto alla salute, è la nostra idea di Paese, ed è anche la migliore risposta a chi accusa il M5S di dire sempre 'no' e di essere incapace di governare: ci dispiace per loro, ma stiamo dimostrando che leggi giuste per i cittadini e davvero a favore dei più deboli e non dei soliti noti, si possono e si devono fare" ha concluso Taverna.

Ecco il dettaglio del provvedimento

Il testo si compone di 6 articoli. L'articolo 1 illustra la finalità del provvedimento che è quella di

De Filippo: "Per un programma di screening efficace è necessario garantire il raggiungimento e l'esecuzione del test al 100% della popolazione di riferimento, nel rispetto della tempistica che deve fornire precisi e definiti percorsi clinici, con protocolli operativi ottimizzati all'impiego delle risorse da parte dei vari operatori coinvolti nel processo"

garantire la prevenzione delle malattie metaboliche ereditarie, mediante una misura obbligatoria da inserire nei Lea (livelli essenziali di assistenza) relativa ad accertamenti diagnostici da effettuare su tutti i neonati per consentire diagnosi precoci e un tempestivo trattamento delle patologie. I soggetti a cui è rivolta questa misura possono essere nati da parti effettuati in strutture ospedaliere o a domicilio.

Come si ricordava precedentemente, l'art. 1, comma 167, della legge di stabilità per il 2015 (L. 190/2014) ha previsto in via permanente l'incremento, pari a 5 milioni di euro a decorrere dal 2015, dell'autorizzazione di spesa prevista per lo screening neonatale, anche in via sperimentale, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie. Infatti, come sopra ricordato, la misura era stata disposta dall'art. 1, comma 229, della legge di stabilità per il 2014 (L. 147/2013) che, allo scopo, aveva già stanziato, a decorrere dal 2014, una somma pari a 5 milioni di euro. Pertanto, **lo stanziamento a regime finalizzato al menzionato screening neonatale ammonta, a decorrere dal 2015, a 10 milioni di euro.**

L'ambito di applicazione, definito all'articolo 2 della proposta in esame, si riferisce agli **accertamenti diagnostici nell'ambito degli screening neonatali obbligatori per le malattie metaboliche ereditarie.**

L'articolo 3 prevede un **Centro di coordinamento sugli screening neonatali**, volto a favorire la massima uniformità nell'applicazione sul territorio nazionale della diagnosi precoce neonatale, istituito presso l'Istituto superiore di sanità. Il comma 2 prevede che esso sia composto da:

- il direttore generale dell'Istituto superiore di sanità, con funzioni di coordinatore;
- 3 membri designati dall'Istituto superiore di sanità, dei quali almeno uno con esperienza medico-scientifica specifica in materia;
- 3 membri delle associazioni maggiormente rappresentative dei soggetti affetti dalle patologie in esame e dei loro familiari;
- un rappresentante del Ministero della salute;
- un rappresentante della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

La partecipazione dei componenti del Centro sarà a titolo gratuito.

A tal proposito, sempre la **legge di stabilità 2014** aveva già previsto l'istituzione di un **Centro di coordinamento sugli screening neonatali presso l'Agenas.**

Al comma 4 vengono spiegati nel dettaglio i compiti affidati al Centro:

- monitorare e promuovere la massima uniformità di applicazione degli screening neonatali sul territorio nazionale e defi-

nire le dimensioni del bacino d'utenza di ciascun centro di riferimento regionale al fine di accorpate, se necessario, aree geografiche contigue. Per queste due finalità, in particolare, si prevede inoltre il compito di stabilire le modalità di raccolta dei campioni di sangue da inviare ai centri di riferimento regionale entro ventiquattrore dalla raccolta;

- collaborare con le regioni per la diffusione delle migliori pratiche in tema di screening neonatale; individuare standard comuni per la realizzazione degli screening neonatali;
- fornire informazioni codificate e standardizzate ai servizi ter-

ritoriali per l'assistenza alle famiglie dei neonati sui rischi derivanti dalle patologie metaboliche ereditarie e sui benefici conseguibili attraverso l'attività di screening. A tali informazioni si aggiungono quelle sulla terapia e sulle migliori cure disponibili per la specifica malattia metabolica;

- istituire un archivio centralizzato sugli esiti degli screening neonatali per rendere disponibili dati per una verifica dell'efficacia, anche in termini di costo, dei percorsi intrapresi.

L'articolo 4 definisce le norme per un **protocollo operativo** per la gestione degli screening neonatali, con il quale definire le

modalità della presa in carico dei pazienti risultati positivi agli accertamenti e dell'accesso alle terapie. A predisporre tale protocollo è chiamato il Ministro della salute, dopo aver acquisito il parere dell'Istituto superiore di sanità e della Conferenza Stato Regioni, e delle società scientifiche di riferimento.

Il comma 2 stabilisce in proposito che l'**Agenas compia una valutazione di HTA** (Health technology assessment) su quali tipi di screening neonatale effettuare.

L'articolo 5 detta una **disposizione transitoria** al fine di prevedere l'attuazione delle presenti norme da parte delle regioni,

entro sei mesi dalla data di entrata in vigore delle stesse.

L'articolo 6, infine, detta **disposizioni per l'attuazione e la copertura finanziaria**, prevedendo che, con la procedura di cui al comma 2, da completare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, si provvede ad inserire nei Lea gli accertamenti diagnostici neonatali con l'applicazione dei metodi aggiornati alle evidenze scientifiche disponibili, per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie.

La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione delle predette norme valutate in **25.715.000 euro annui.** **Y**

Assicurazioni. Il rapporto Marsh

"Errori da parto tra i sinistri più costosi"

Nel 2014 si registra una lieve riduzione nel numero di sinistri per struttura, mentre si confermano in cima alla classifica quelli causati da errori chirurgici". Questo è quanto emerge dalla settima edizione del *Medmal Claims Italia*, il report del gruppo Marsh che quest'anno ha analizzato le richieste di risarcimento danni dal 2004 al 2014, su un campione di 59 strutture della sanità pubblica, per un totale di circa 15.600 sinistri.

Nel Rapporto si evidenzia subito come "il valore (tra somme effettivamente liquidate e somme stanziate dalle assicurazioni) dei sinistri nella sanità pubblica in Italia sul campione analizzato da Marsh nel periodo 2004-2014 sia pari alla cifra di **1,4 miliardi di euro**".

Ma il Report evidenzia come "se questa cifra è da capogiro, non è meno impegnativo il costo medio di 90.000 euro all'anno per sinistro, in aumento del 13% dall'inizio del periodo considerato".

Andando a considerare solo gli importi liquidati, il focus Marsh "registra un incremento continuo del costo medio per anno di chiusura dall'inizio del periodo considerato, ma fra questi i risarcimenti per errori da parto si confermano come i più elevati in assoluto in termini di importo liquidato medio, con un caso che ha toccato oltre 4 milioni di euro.

Gli errori da parto costituiscono, infatti, quasi il 20% dei top claim, ovvero i sinistri in cui il costo di denuncia è uguale o superiore ai 500.000 euro. Il medesimo trend in aumento si riscontra nell'andamento degli importi riservati medi per anno di denuncia, che rilevano un aumento di circa il 20% dal 2013 al 2014".

Per quanto riguarda la **frequen-**

Costituiscono infatti quasi il 20% dei top claim, ovvero i sinistri in cui il costo di denuncia uguale o superiore ai 500.000 euro.

In generale però il numero dei sinistri è in calo, mentre aumenta il costo medio che arriva a 90mila euro. L'Ortopedia resta la specialità che subisce più richieste di risarcimento danni. Ostetricia e ginecologia al quarto posto



za annua dei sinistri essa "è di 30 per ogni singola struttura nel 2014, in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente (35), una cifra che fa registrare un tasso di rischio di 7 sinistri ogni 100 medici, di 3 ogni 100 infermieri e di 1 ogni 1000 ricoveri, per valori assicurativi che superano i 6.000 euro per medico e si attestano sui 2.400

euro per infermiere". La **classifica degli errori** "vede anche quest'anno gli errori chirurgici al primo posto (31,64%), seguiti da errori diagnostici (16%) e terapeutici (10%). Dopo le cadute accidentali all'8%, troviamo una preva-

lenza di infezioni (3,59%) ed errori da parto/cesareo (3,16%). Andando ad analizzare l'incidenza dei sei errori che impattano maggiormente nel periodo di tempo analizzato, la percentuale degli errori chirurgici negli ultimi anni sta diminuendo, anche come conseguenza del miglioramento delle tecniche chirurgiche, mentre la percentuale degli errori da parto sta aumentando".

"Si confermano - fa notare il rapporto - come nelle precedenti edizioni, **tempi molto lunghi per le denunce dei sinistri**, basti pensare che meno dell'80% delle richieste di risarcimento danni per le infezioni e per gli errori da parto è denunciato entro i primi 4 anni. Solo gli errori diagnostici vengono denunciati molto rapidamente ed entro il primo anno raggiungono il 50%, per superare la quota di 80% entro i tre anni. E' però interessante rilevare che sono ancora numerosi i casi in cui il sinistro viene denunciato in prossimità dei termini di prescrizione: ciò significa che non è possibile ritenere completato il manifestarsi di un'intera generazione di sinistri neppure a distanza di

► **Segue a pagina 30**

Secondo il rapporto gli errori più diffusi in Ostetricia e Ginecologia sono quelli chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all'ovaio), al secondo posto gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto)

Flugenil[®]Lact

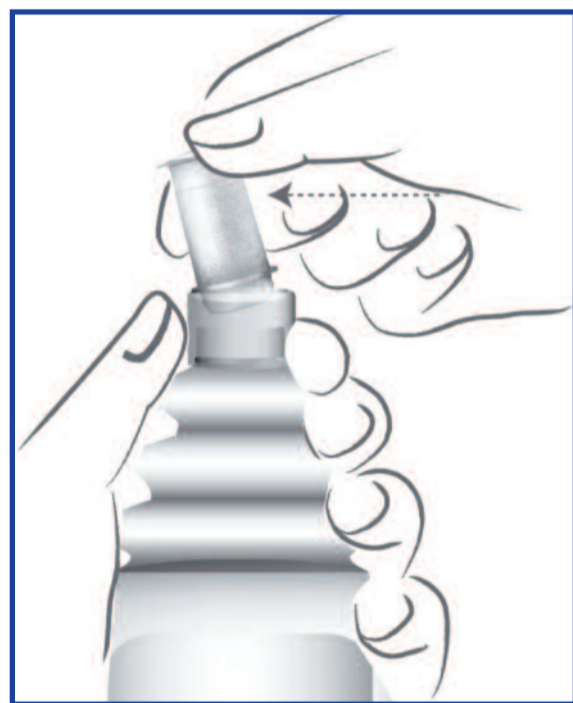
Soluzione vaginale con tappo bifasico **REW CAP™**

Ricostituisce il fisiologico ecosistema vaginale dopo trattamento antibiotico o antimicotico

10 mld di Fermenti lattici vivi



**Tappo bifasico
REW CAP™**



CE
Medical device

L. acidophilus LA 14 - L. rhamnosus LR-32

con Acido ialuronico e Acido lattico

Dopo terapia antibiotica e antimicotica

1 applicazione al giorno, preferibilmente la sera per i primi 3 giorni.

Prevenzione delle infezioni urogenitali

1 applicazione al giorno per i primi 3 giorni e successivamente un'applicazione a settimana per 3 mesi.

Mortalità materna: studio dell'Iss

In Italia 9 casi ogni 100mila nati vivi, in piena media europea. Emorragia (43,5%) la principale causa

In Italia la mortalità materna si conferma un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi. Nel nostro Paese, tra il 2006 e il 2012, per cause legate alla gravidanza e al parto, ne sono morte nove ogni 100 mila con un'ampia variabilità tra regioni compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 ogni 100 mila in Campania.

Sono queste le stime retrospettive più recenti del rapporto di mortalità materna calcolate dall'**Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)** dell'Iss, finanziato dal Ministero della Salute, in collaborazione con le regioni Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, e Sicilia, e illustrate oggi nel corso del convegno "Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna" presso l'Iss. La causa più frequente delle morti materne precoci (ovvero entro 42 giorni dalla nascita) è l'**emorragia**, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%). Tra le morti materne registrate nell'intervallo tra 43 giorni e 1 anno dal parto, un quarto è dovuto a suicidi.

"I problemi principali sono dovuti alle differenze interregionali, accentuate dai processi di devoluzione che hanno acuito ulteriormente l'eterogeneità, sia a livello delle prestazioni che della gestione dei punti parto - ha osservato **Walter Ricciardi**, presidente dell'Iss - Sono però convinto che le ultime riforme istituzionali possano invertire questo trend, in quanto porranno le condizioni per correggere le situazioni di criticità. Allo stato attuale è, infatti, clamoroso come, per esempio, la mortalità in Campania sia doppia rispetto a quella in Toscana. Sino a oggi non potevamo intervenire se non a fatto già avvenuto, invece queste situazioni devono essere prevenute chiudendo i punti nascita pericolosi, standardizzando i migliori comportamenti professionali, razionalizzando le pratiche. La riforma costituzionale, in questo senso, consentirà di lavorare sulle maggiori criticità". Ricciardi ha poi annunciato che è in arrivo un decreto ad hoc

Il 21% dei decessi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana e una donna su due era di età pari o superiore ai 35 anni. Ampia variabilità tra regioni compresa tra un minimo di 6 decessi in Toscana e un massimo di 13 ogni 100 mila in Campania. Per Walter Ricciardi, presidente dell'Iss, "l'ultima riforma costituzionale contribuirà a sanare le differenze tra le aree geografiche". E annuncia: "In arrivo decreto su registri sorveglianza"



per i registri di sorveglianza e che "confido verrà adeguatamente finanziato tramite la prossima Legge di stabilità".

"La mortalità materna - spiega **Serena Donati**, responsabile dell'ItOSS - è in Italia un fenomeno raro, che, d'altra parte, non è possibile azzerare neppure nei Paesi socialmente avanzati dotati di un buon sistema sanitario proprio come quello italiano. Ciò che possiamo fare, e lo stiamo già facendo, è monitorare attentamente il fenomeno per individuare le principali cause di morte e morbosità materna, e aiutare così i professionisti sanitari a ridurre gli eventi evitabili".

Dal 2015 la sorveglianza è attiva in 8 regioni (Piemonte, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia e Sicilia) che coprono il 73% dei nati del Paese, per un totale di oltre 360 presidi ospedalieri coinvolti. "L'Iss, attraverso il Sistema di sorveglianza ostetrica - va avanti la ricercatrice - coordina un progetto multiregionale population based sulla grave morbosità materna da emorragia del post partum che coinvolge 230 presidi dotati di ostetricia e promuove, al tempo stesso, attività di aggiornamento e formazione dei professionisti sanitari tramite corsi di formazione a distanza e produzione di raccomandazioni per la pratica clinica. È prevista per il prossimo ottobre proprio la pubblicazione di una Linea guida italiana sulla prevenzione e sul trattamento dell'emorragia del post partum".

Il 21% dei decessi ha riguardato donne di cittadinanza non italiana e una donna su due era di età pari o superiore ai 35 anni, condizione che espone a un rischio di morte materna quasi triplo rispetto a quello delle donne più giovani, mentre il basso livello di istruzione lo raddoppia. Il taglio cesareo aumenta il rischio di

► **Segue a pagina 29**

Morti materne. Il ddl De Biasi per istituzione di un registro nazionale.

"Lorenzin faccia un decreto legge al più presto"

Il registro dovrà essere istituito presso l'Iss. La finalità del sistema di sorveglianza quella di prevenire la mortalità e la grave morbosità materna evitabili e di migliorare la qualità assistenziale in gravidanza.

"Mi auguro che il Ministro della Salute recepisca questo provvedimento ed emani al più presto un Decreto legge per affrontare con urgenza questa emergenza. La salute delle donne non può attendere". Così la presidente della Commissione sanità del Senato **Emilia Grazia De**

Biasi in occasione della presentazione del suo disegno di legge per l'istituzione, presso l'Istituto superiore di sanità, di un registro delle morti materne "per individuarne con precisione le cause a garanzia di interventi più efficaci". Sull'iniziativa annunciata precedentemente dalla senatrice De Biasi l'Aogoi si era già espressa favorevolmente in quanto, come sottolineato in varie occasioni dal presidente Vito Trojano, solo 8 regioni italiane forniscono i dati per il monitoraggio della mortalità materna.

Ecco nel dettaglio gli otto articoli che compongono il Ddl. L'**articolo 1** istituisce presso l'Istituto superiore di sanità, che è responsabile dell'attuazione,



coordinamento e funzionamento, il sistema di sorveglianza epidemiologica della mortalità e grave morbosità materna.

L'**articolo 2** definisce le finalità del suddetto sistema di sorveglianza al fine di prevenire la mortalità e la grave morbosità materna evitabili e di migliorare la qualità assistenziale in gravidanza. L'**articolo 3** stabilisce le funzioni del suddetto sistema di sorveglianza al fine del perseguimento delle finalità.

L'**articolo 4** regola la partecipazione delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano al sistema di sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna. L'**articolo 5** stabilisce che l'Istituto superiore di sanità è titolare del trattamento dei dati raccolti nel

sistema di sorveglianza, effettuato nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali.

L'**articolo 6** dispone, attraverso un decreto del Ministero della Salute, in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità, un protocollo operativo, vincolante per tutte le regioni e province autonome e per tutti i presidi sanitari partecipanti relativo alle modalità di raccolta, trasmissione, conservazione, analisi e diffusione dei dati del sistema di sorveglianza.

L'**articolo 7** prevede che il Ministero della salute sulla base del rapporto triennale del sistema di sorveglianza, presenti entro 4 mesi una relazione al parlamento sull'attuazione della presente legge. L'**articolo 8** reca la copertura finanziaria del provvedimento.

LA SALUTE AL FEMMINILE TRA SOSTENIBILITA' E SOCIETA' MULTIETNICA

91° congresso
nazionale SIGO

56° congresso
nazionale AOGOI

23° congresso
nazionale AGUI

ROMA
Ergife Palace Hotel
16/19 Ottobre 2016



presidenti
Giovanni Scambia
Enrico Vizza

Segreteria organizzativa:



Via Sassonia, 30
47922 Rimini
Tel. 0541 305811
Fax 0541 305842
sigoi@adriacongrex.it

91° Congresso SIGO - 56° AOGOI - 23° AGUI

La salute al femminile tra sostenibilità e società multiethnica

Cari amici,

il **91° Congresso Nazionale SIGO**, **56° AOGOI** e **23° AGUI** avrà luogo a Roma, presso il Centro Congressi dell'Hotel Ergife **dal 16 al 19 ottobre 2016** e avrà come tematica "La salute al femminile tra sostenibilità e società multiethnica".

La SIGO scegliendo questo titolo intende porre al centro del dibattito scientifico e politico il tema della **Sostenibilità dell'innovazione terapeutica nella tutela della Salute femminile e le sfide organizzative e culturali che derivano da una società multiethnica** in continua evoluzione, che richiede di programmare nuove strategie e impone di superare vecchi schemi culturali e sociali.

L'Innovazione tecnologica e farmacologica deve essere compresa e gestita con saggezza in modo da renderla una opportunità sostenibile in un mondo reale, fatto di persone, che tenga conto delle differenze di Genere e delle disuguaglianze culturali e sociali insite in una società multiethnica, globalizzata e dinamica.

Il congresso si articolerà in 6 aule dove in contemporanea verranno affrontati i molteplici aspetti che concorrono a definire il concetto di Salute Femminile. Ciascuna aula avrà un filo conduttore diverso: fisiologia e patologia della gravidanza, innovazione in oncologia ginecologica e preservazione dell'integrità riproduttiva e ormonale, ginecologia benigna e benessere endocrinologico pre e post menopausale, contraccezione e pianificazione familiare ecc.

Nella sala 6, che sarà organizzata come uno studio televisivo, avranno luogo tavole rotonde condotte da giornalisti in cui SIGO si confronterà con rappresentanti delle Istituzioni e del mondo politico e sociale su tematiche di importante impatto mediatico:

- Salute della donna in una società multiethnica
- Sostenibilità dell'innovazione tecnologica e farmacologica
- Razionalizzazione dei punti nascita in Italia
- Umanizzazione del parto
- Responsabilità professionale e medicina difensiva
- Tutela della fertilità
- Ruolo delle società scientifiche
- Formazione del ginecologo in Italia tra Università, Ospedale e Territorio.

Il 91° Congresso SIGO, 56° AOGOI, 23° AGUI sarà innovativo sia nei temi affrontati che nella formula adottata.

Sperando che questa sfida venga compresa e condivisa da tutti, auspichiamo una partecipazione numerosa da parte dei colleghi medici e del personale ostetrico-infermieristico regionale e nazionale ma anche di rappresentanti del mondo civile e politico.

“Tutela e Prevenzione”: AOGOI PER TE

“Scudo Giudiziario AOGOI”

Creato per tutelare gli associati nelle controversie giudiziarie per fatti attinenti alla professione: **cosa offre e come si attiva.** “Tutela e Prevenzione Aogoi”, **senza costi aggiuntivi** sulla quota associativa

CONVENZIONE “TUTELA LEGALE” AOGOI - POLIZZA UCA

Vengono assicurati gratuitamente tutti i medici associati AOGOI nello svolgimento della attività intramoenia, extramoenia e in libera professione.

Il massimale assicurato è di Euro 15.000 per vertenza (con il sotto limite di Euro 12.000 per l'intero giudizio in sede civile) ed è illimitato per anno assicurativo. Per ogni grado e sede, compreso arbitrato, **in sede civile**, per il recupero danni per fatto illecito di terzi (operante anche per ottenere il risarcimento di danni nei confronti delle Parti che hanno promosso il giudizio per “malpractice” – quando l'associato non risulti soccombente) e per resistere a pretese risarcitorie di terzi; **in sede penale**, per imputazioni colpose e contravvenzioni compresa la nomina di un difensore oltre a quello già eventualmente nominato dalla Compagnia di R.C., per imputazioni dolose in caso di archiviazione, assoluzione o derubricazione del reato; **in sede amministrativa** in procedimenti di responsabilità per colpa grave presso la Corte dei Conti ed altre autorità competenti per responsabilità amministrativa, patrimoniale e contabile (compresa la materia fiscale e/o tributaria).

I benefici della polizza sono acquisiti da tutti i soci in regola con la quota di iscrizione.

L'UFFICIO LEGALE NAZIONALE AOGOI

In aggiunta alla convenzione, i soci potranno avvalersi dei servizi offerti dall'Ufficio Legale AOGOI che è composto da un team di Avvocati penalisti e civilisti distribuiti su tutto il territorio nazionale nella maniera più capillare possibile. Il costo dei loro onorari è a carico diretto dell'Associazione.

Ricordiamo che l'Ufficio legale è coadiuvato da Consulenti Tecnici super specialistici membri dell'Associazione che prestano la loro attività di consulenza a titolo completamente gratuito.

COME ATTIVARE LO SCUDO GIUDIZIARIO AOGOI

- 1** Il socio AOGOI contatta la Segreteria Nazionale per ricevere assistenza dall'Ufficio Legale
- 2** Viene inviato al socio AOGOI il modulo di richiesta per il patrocinio legale (All.1)

- 3** Dopo valutazione dell'Ufficio Legale, la pratica viene autorizzata e inviata al legale di competenza

- 4** Successivamente, se necessari, vengono individuati i Consulenti Tecnici

- 5** Viene inviata al socio AOGOI la modulistica per la denuncia del sinistro alla Geas/Uca per la copertura delle spese legali e peritali. **Y**



Parto. “Introdurre il reato di violenza ostetrica”. L’indignazione dei ginecologi sulla proposta di legge

Presentata dal deputato Adriano Zaccagnini, la proposta prevede anche norme per un sistema di accountability annuale, dei singoli ospedali e dell’azienda nell’insieme, accessibile al pubblico, redatto in modo trasparente e comunicato in formato aperto (pubblicazione on line, pagine web dedicate). **Nettamente contrari i ginecologi che in una nota congiunta affermano: “È un disegno di legge che offende la professionalità degli operatori sanitari”**

Una norma per introdurre il reato di violenza ostetrica e per frenare coercizione, abusi verbali, carenza di consenso realtamente informato. Questa, ma non solo la novità principale contenuta nella proposta di legge “Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico” presentata alla Camera dal deputato **Adriano Zaccagnini**. “Per trascuratezza e carenze di formazione del personale – spiega il deputato di Sinistra Italiana – in Italia c’è un alto tasso di abusi al momento del parto e troppo spesso senza alcuna sanzione. Spesso il personale ha una formazione non aggiornata rispetto alla promozione di un parto non medicalizzato e comunque non basata su un reale consenso informato”. L’iniziativa ha suscitato la viva protesta dei ginecologi mentre sui social la campagna **#bastatacere** in poche settimane ha registrato più di 20mila like su facebook.

Cosa prevede la proposta. La proposta di legge promuove “il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità personale della partoriente e del neonato, nonché l’appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo, al parto vaginale operativo e a tutte le pratiche lesive dell’integrità psico-fisica della donna, incluse le umiliazioni verbali. Il capo II è dedicato ai diritti delle donne e al consenso informato, libero e consapevole ai trattamenti medici durante il travaglio e il parto”.

Tra le misure **l’introduzione della “fattispecie della violenza ostetrica**, una tipologia di violenza

contro le donne, già classificata da legislazioni di Paesi dell’America latina e che consiste nell’appropriazione del corpo e del processo riproduttivo delle donne da parte del personale medico attraverso trattamenti disumani e degradanti e la medicalizzazione del processo del travaglio e del parto. Tali abusi producono la perdita di autonomia della donna e della capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della propria sessualità con conseguenze sulla qualità della vita”.

Individuati anche “i diritti del neonato e pone il divieto di donazione del sangue del cordone ombelicale in quanto biologicamente appartenente al neonato”. E stabiliti “i compiti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano che, attraverso i rispettivi piani sanitari e sulla base delle risorse umane e finanziarie disponibili, devono fornire un’adeguata informazione, tramite le strutture sanitarie presenti nel territorio (consultori familiari), alla partoriente sul parto fisiologico e realizzare modelli assistenziali per il percorso della nascita e per il rafforzamento della tutela della salute e del benessere della madre e del neonato, nel rispetto delle finalità e dei requisiti individuati dalla legge.

Obbligo di previsione per le aziende sanitarie di **“un sistema di accountability annuale**, dei singoli ospedali e dell’azienda nell’insieme, accessibile al pubblico, redatto in modo trasparente e comunicato in formato aperto (pubblicazione on line, pagine web dedicate)”. Inoltre, le aziende sanitarie devono fornire al-



l’utenza strumenti telematici e cartacei per la valutazione dell’assistenza ricevuta e per la documentazione degli esiti in termini di salute. Le aziende sanitarie devono fornire anche agli operatori sanitari, dipendenti dell’azienda, strumenti di valutazione dell’assistenza prestata, in particolare quando si tratta di casi difficili, con esiti infausti”. Previsto anche “per diminuire i contenziosi legali e il ricorso alla medicina difensiva, che le aziende sanitarie devono utilizzare il sistema di open disclosure, caratterizzato dall’assoluta trasparenza e comunicazione rispettosa tra le famiglie e gli operatori coin-

volti negli eventi avversi. I risultati delle valutazioni dell’utenza e del personale sanitario dovranno essere pubblicati annualmente nel sito internet istituzionale dell’azienda sanitaria. Le aziende sanitarie devono provvedere a fornire un modello di piano del parto alle donne che intraprendono un percorso di maternità, redatto e aggiornato nel corso della gravidanza con l’aiuto di un’ostetrica. A tale fine le aziende sanitarie possono incaricare i consultori sanitari già esistenti, valorizzando i loro servizi. La rete consultoriale deve essere rivalutata e potenziata, in particolare per quanto riguarda l’offerta di

corsi di accompagnamento alla nascita, i cui esiti sono di comprovata efficacia per la salute materno-infantile”.

“Le aziende sanitarie devono altresì promuovere i rapporti con il territorio e con la comunità, in particolare valorizzando il volontariato e le madri peer-to-peer. A tale fine devono essere disposti tavoli multidisciplinari e inclusivi della società civile presso le aziende sanitarie con riunioni a cadenza semestrale”.

Previsto infine che “il Ministro della salute presenti con cadenza almeno annuale alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della legge”. **Y**

LA NOTA CONGIUNTA SIGO-AOGOI-AGUI

“Un disegno di legge che offende la professionalità degli operatori sanitari Contro la malasanità in sala parto non servono nuove leggi”

“Per tutelare la salute delle neo-madri italiane e garantire la sicurezza in sala parto non c'è bisogno di nuove leggi. È sufficiente applicare al 100% la regolamentazione già vigente a partire dai provvedimenti stabiliti dalla riforma Fazio del 2010”. È quanto hanno affermato in una nota Sigo, Aogoi e Agui prendendo le distanze dal Ddl sulla violenza ostetrica presentato dal deputato **Adriano Zaccagnini**, sostenuto da alcune associazioni e da una campagna virale sui social media. Un disegno di legge che offende la professionalità degli operatori sanitari i quali non sono stati nemmeno convocati per richiedere spiegazioni o documentazioni. Il provvedimento diventa così soltanto un duro attacco immotivato a tutta la categoria degli operatori dei punti nascita che si riservano di tutelare, in ogni sede, il loro diritti e la loro onorabilità. “Eventuali offese alla dignità personale della partoriente e del neonato, scelte terapeutiche non corrette o

abusi da parte del personale sanitario devono essere ovviamente contrastati - affermano i **presidenti di Sigo, Aogoi e Agui**. Alla magistratura spetta il compito di punire chi ha sbagliato ma siamo convinti che la malasanità si possa prevenire. Bisogna applicare la normativa prevista dal decreto ministeriale D.M. 70 che prevede la chiusura e accorpamento dei punti nascita al di sotto dei 1.000 parti l'anno e la corrispettiva messa in sicurezza dei restanti. Il disegno di legge, proposto dall'Onorevole Zaccagnini e attualmente presentato alla Ca-

mera, stabilisce invece una serie di nuove restrizioni inutili o addirittura controproducenti. Molte di queste norme, se applicate, renderebbero il nostro lavoro ancora più difficile. Inoltre alimenterebbero il contenzioso medico-legale e di conseguenza anche il ricorso alla medicina difensiva”.

“Le nostre Società Scientifiche - aggiungono i ginecologi italiani - sono state le prime a sollecitare la messa in sicurezza delle sale parto del nostro Paese. Per ottenere questo obiettivo fondamentale, non solo per i professionisti ma anche per l'intera col-

lettività, ci siamo mossi nelle sedi istituzionali. Abbiamo promosso una legge sulla responsabilità professionale che tutela la salute delle pazienti mettendo in sicurezza l'operato dei sanitari. E non abbiamo esitato a scioperare, nel febbraio del 2013, per la prima volta nella storia della Repubblica. Non tutti i punti nascita sono stati chiusi o riconvertiti. Quel provvedimento deve essere applicato al 100% per assicurare la salute di donne e neonati”.

“Nei mesi scorsi alcuni gravi episodi di malasanità si sono verificati proprio nei reparti materni - concludono i presidenti **Scollo, Trojano e Colacurci** -. Al di là del clamore mediatico suscitato da certi eventi bisogna ricordare che i dati del nostro Paese sulla mortalità neonatale e materna sono tra i più bassi in Europa. Siamo convinti che resta ancora molta strada da percorrere per rendere più sicuro nascere in Italia. Come rappresentanti dei ginecologi e ostetrici italiani siamo pronti a collaborare con le Istituzioni”. **✓**

▲▲ Più che lecito indignarsi. Così formulato, il provvedimento appare solo come un attacco immotivato a tutta la categoria degli operatori dei punti nascita. Se si dovessero applicare molte delle norme contenute nel ddl il nostro lavoro verrebbe reso ancor più difficile. E aumenterebbe il ricorso alla medicina difensiva. L'umanizzazione del parto è sempre stato in cima all'agenda Aogoi. Ma le nostre società scientifiche non sono state nemmeno consultate. L'aspetto più pericoloso di iniziative come queste è di incrinare il rapporto fiduciario medico-paziente



Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, sono disponibili il testo della proposta di legge d'iniziativa Zaccagnini e i seguenti documenti di approfondimento proposti dall'Aogoi: Considerazioni sulla frequenza “realistica” a livello di popolazione in Italia del parto per via cesarea (11 luglio 2015). Documento preparato dal gruppo di lavoro AOGOI; testi di Linee guida e delibere regionali sul tema Tc a richiesta materna; Modello di Consenso informato per taglio cesareo elettivo (approvato dal Consiglio Direttivo Aogoi il 19/01/2016).

Aaroi-Emac

Critiche anche dagli anestesisti “Si introducono elementi pericolosi”

Per tutelare le future mamme e i loro bambini deve essere garantita la sicurezza dei Punti Nascita. È questo l'obiettivo principale di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel Percorso Nascita. E questo dovrebbe essere anche l'obiettivo di chiunque si erga a paladino delle partorienti e dei nascituri. La Proposta di Legge del Deputato **Adriano Zaccagnini** non aggiunge nulla di nuovo che vada nella direzione del suddetto obiettivo. Al contrario, introduce enunciati pericolosi che, se

► Segue a pagina 16

Fucci: Proposta di legge da ‘caccia alle streghe’ contro medici

■ I contenuti della proposta di legge per la promozione del parto fisiologico e il contrasto del numero ancora eccessivo di cesarei sono scandalosamente inaccettabili: sono un attacco violento e diretto ai medici che ogni giorno operano, a volte in situazioni molto difficili, nelle sale parto italiane. È gravissimo che un parlamentare formalizzi in una proposta di legge la richiesta di denunciare ginecologi e ostetriche senza che sia svolta un'inchiesta

Per principio qualunque forma di “caccia alle streghe”, in qualsiasi ambito, rappresenta l'approccio peggiore per analizzare e soprattutto risolvere delle criticità. Spiace constatare che un approccio del genere, grossolano e irresponsabile, prenda forma anche in Parlamento, cioè nel luogo di lavoro del Legislatore che per definizione avrebbe il compito, invece, di analizzare con attenzione e serietà i pro-

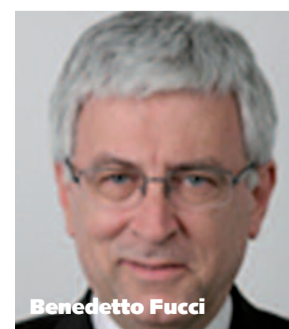
blemi alla sua attenzione e infine trovare soluzioni normative di buon senso e utili. Mi riferisco all'iniziativa del deputato **Adriano Zaccagnini**, di Sel, che ha presentato una proposta di legge dal titolo innocuo (“Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiologico”) ma dai contenuti scandalosamente inaccettabili che sono un attacco violento e diretto ai medici che ogni gior-

no operano, a volte in situazioni molto difficili, nelle sale parto italiane.

I commenti di **Zaccagnini** sulla sua iniziativa rasentano l'assurdo. Egli parte da un tema reale - il numero ancora eccessivo di parti cesarei eseguito in Italia - per poi accusare i medici e gli operatori sanitari di “violenza ostetrica”. **Zaccagnini** parla di “personale inadeguato” che lavora con l'obiettivo non di fare il bene della partoriente e del neonato, bensì di ottenere i rimborsi più alti possibili da parte del Servizio sanitario nazionale: di qui il presunto ricorso, anche con la violenza e con il sopruso, a tecniche invasive

e dolorose che trasformano la nascita di un figlio in una esperienza da incubo. Da sottolineare - questo fa capire le profonde e riflettute motivazioni della

► Segue a pagina 16



Benedetto Fucci

► Segue da pagina 15

proposta di legge - che l'iniziativa sembra essere basata sulle denunce, tutte rigorosamente anonime, postate da madri "violentate" in sala parto in una pagina facebook.

È evidente che la proposta di legge abbia contorni ridicoli e paradossali; ma purtroppo non c'è niente da ridere. Basta leggere il testo di una delle più incredibili iniziative parlamentari in campo sanitario: un'accozzaglia informe di temi e norme tra cui - immancabili alla luce di quanto seguirà - una volta a definire una nuova fattispecie, gli "atti di violenza ostetrica", per la quale si dovrebbe incorrere nella reclusione da due a quattro anni, salvo che il fatto costituisca più grave reato (art. 14).

È gravissimo che un parlamentare, "rappresentante della Nazione", formalizzi in una proposta di legge la richiesta - perché di

questo si tratta nella sostanza - di denunciare ginecologi e ostetriche senza che sia svolta un'inchiesta. Altrettanto grave è che alla "caccia alle streghe" nella sala parto italiane perseguita da Zaccagnini si uniscano, sempre nella proposta di legge, altre iniziative assurde volte introdurre restrizioni inutili o controproducenti nell'attività dei medici e degli operatori sanitari.

Piuttosto che proporre di impegnarlo in discussioni assurde e senza logica, chi ha il privilegio e al tempo stesso la responsabilità di sedere in Parlamento avrebbe il dovere di promuovere discussioni serie: per esempio, come ribadito in modo puntuale e serio dalle principali società scientifiche del settore (Sigo, Aogoi e Agui) e come da me proposto con una risoluzione di cui ho già chiesto la calendarizzazione nella Commissione Affari Sociali della Camera, trovare il modo di

portare a completo compimento il piano di riorganizzazione della sale parto, voluto nel 2010 dall'allora Ministro Fazio e avallato dal Parlamento nel 2012. Dobbiamo lavorare per far sì che le sale parto siano sempre più sicure non demonizzando chi vi lavora con impegno e sacrificio, ma dotandole di tecnologie e standard qualitativi sempre più elevati.

È triste vedere che sulla pelle dei medici, che secondo Zaccagnini sono dei potenziali criminali punibili con la reclusione, e anche delle stesse partorienti si voglia giocare una partita politica all'insegna della demagogia e della più greve forma disinformazione. Ed è davvero un dispiacere profondo dover appurare come, purtroppo, quando sentiamo attaccare il Parlamento per la scarsa qualità del suo lavoro, sia davvero difficile ribattere a fronte di iniziative così assurde e gravi. **Y**

Aaroi-Emac

► Segue da pagina 15

approvati, potrebbero creare due immediate conseguenze macroscopiche". È quanto evidenzia l'Aaroi-Emac in una nota. Secondo il sindacato degli anestesisti "la prima sarebbe la convinzione che debba essere unicamente la donna a scegliere il percorso nascita più adeguato, in modo totalmente svincolato dalle esigenze e dalle indicazioni sanitarie e, soprattutto, dei più elementari criteri di sicurezza clinica. La seconda uno screditamento del rapporto fiduciario che normalmente intercorre tra gli Operatori Sanitari e gli Utenti delle prestazioni sanitarie, in questo caso le future mamme, a danno soprattutto di queste e dei nascituri".

"Ferma restando la necessità di un miglioramento continuo della comunicazione tra medico e paziente - prosegue la nota -, occorre fare attenzione a sostenere campagne che facciano leva unicamente su esperienze vissute come negative in momenti particolari della propria vita, come quello del parto. Qualora e laddove si verificano situazioni in cui manchi il rispetto per la persona, nei Punti nascita così come nelle altre strutture ospedaliere, li si persegua di conseguenza, ma senza farne paradigmi sui quali basare l'ennesimo tentativo di svilire la dignità della professione medica e delle altre professioni sanitarie coinvolte nelle cure agli Utenti".

"Sarebbe molto meglio - conclude il comunicato -, in particolare in questo momento storico, unire le forze invece che contraporle, al fine di ottenere risultati che mirino alla tutela reale della salute dei cittadini in generale, e delle future mamme in particolare".



“Ecco una sintesi dei numerosi messaggi mail che ho ricevuto dai nostri soci dopo la netta presa di posizione Aogoi sulla proposta di legge Zaccagnini che contempla, qualora ve ne siano gli estremi, di portare gli atti alla Procura della Repubblica per diffamazione della nostra categoria



- **Condivido tutto quello che ha scritto l'On. Fucci.** Il legislatore è molto lontano dal realtà delle sale parto. VS
- **Grazie per l'impegno** che, come sempre, hai e dimostri nella difesa di tutti noi. Le tue/ nostre posizioni sono davvero anche un sostegno per le donne e i neonati! M.C.
- **Mi associo e condivido** in pieno lo sdegno che il Collega On. Fucci (fonte autorevole e competente) ha ben rappresentato. Mi permetto soltanto di aggiungere che dovremmo cominciare a segnalare per far valutare alla Magistratura tutte quelle azioni denigratorie, rigorosamente generiche se non anonime, che ci vedono coinvolti e che dopo essere stati costretti comunque a dimostrare l'assoluta correttezza del nostro operato, tutto finisce nel nulla con grave danno, anche patrimoniale, per noi operatori. Ad onor del vero non sono poche le volte che Colleghi fanno da sponda; anche su questo andrebbero studiate opportune misure. S.R. (Salerno)
- **Dobbiamo attuare proteste clamorose.** Non se ne può più! Oramai la sua voce e quella dell'AOGOI è l'unica che cerca di tutelarci. Gli Universitari dove sono? E gli Ordini dei Medici? Non sono un Legale, ma credo che ci siano gli estremi per denunciare questo Signore (...). G.G.

- **Sono indignato** e mi auguro vivamente che il nostro Ordine Nazionale possa adire le vie legali. G.L.S.
- **Sono perfettamente d'accordo** con voi non ne possiamo più di questi continui attacchi che comunque sono fomentati dagli stessi colleghi! È difficilissimo che una persona dall'esterno giudichi l'operato di un sanitario soprattutto in un ambito così delicato come questo. Chi lo fa ha senz'altro un suggeritore che con il senno di poi tira le peggiori conclusioni! Chi scrive è una collega che è smontata dall'ennesima notte e che non me può più di sentirsi continuamente giudicata! Lo vogliamo capire che dobbiamo guardare tutti verso un'unica direzione e che pensare al nostro "poderino" ci ha portato solo ad aumentare i contenziosi, le spese legali assicurative e non ultime anche a rischiare personalmente perché ci sono anche aggressioni fisiche nelle sale parto senza denuncia da parte delle direzioni per paura del contenzioso con i pazienti!!? Lo vogliamo capire che le vere vittime del sistema siamo noi? Grazie, scusatemi per lo sfogo ma sarei un ginecologo con molta passione per il proprio lavoro... peccato che come il mare corrode la roccia...queste cose distruggono i professionisti R.P.
- **Ci vuole un'azione forte** tutti insieme e non come

sempre categoria divisa. Ma la cara signora Lorenzina sa solo mandare ispettori e risolvere qualcosa? Ormai sono solo delusa da questo paese e anche dalla categoria. L.T.

- **Avevo già segnalato** questa proposta di legge assurda e diffamatoria all'AOGOI con una mail in precedenza. Ho già risposto di persona all'on Zaccagnini tramite twitter e facebook. La campagna denigratoria nei nostri confronti innescata dall'hashtag #bastatacere è assurda e vergognosa. Auspico una presa di posizione da parte dell'AOGOI su questa tematica anche con iniziative attraverso la rete per poter chiarire a questo signori che NOI SIAMO DALLA PARTE DELLE DONNE. S.E.
- **Grazie per avermi informato!** Ne parlerò con gli altri colleghi; non ci sono parole sufficienti per esprimere lo sdegno! dovremo trovare il modo migliore per controbattere. G.M.
- **Speriamo che vada in porto** la legge sulla responsabilità professionale! Se i ginecologi si sentiranno più tutelati dal punto di vista medico-legale sono sicura che saranno anche più coraggiosi nel seguire i travagli di parto con qualche criticità fino all'espletamento del parto, invece di fare talvolta i cesarei per non rischiare. P.P.
- **Credo che questo signore** meriti una risposta che metta in luce l'assurdità del tutto ed in ridicolo lui che evidentemente si diverte a filosofeggiare, ma del nostro lavoro non sa nulla! La abbraccio cordialmente e la ringrazio del suo essere sentinella! G.M.
- **Il mio animo è pieno di incredulità** per come la nostra professione, il nostro lavoro e i nostri anni di formazione siano messi non solo in discussione ma anche oggetto di accuse infondate; ognuno di noi

ogni giorno si impegna perché il percorso nascita sia il più fisiologico possibile, limitando ogni atto che possiamo definire invasivo e nessuno di noi, in un momento così delicato come la nascita di una nuova vita, è animato da voglia di ledere la partorienta e/o il neonato. Ciò che guida il nostro operato è sempre la professionalità, le conoscenze, la valutazione dettagliata della situazione che si sta presentando in quel momento: perché ogni parto è unico, e la sala parto è un banco di prova per tutti i protagonisti del momento nascita. La nostra categoria è già vittima di mercificazione legale con questa proposta legge siamo finiti in un ginepraio e ne risentirà la nostra attività lavorativa, perché si avrà timore a compiere qualsiasi atto medico, sia vivrà con la paura che ogni nostro gesto sia interpretato come un abuso e un medico che ha paura è un medico destinato a fallire. Nessun ginecologo e nessun ostetrico, come nessuna ostetrica, deve prestare il fianco a tali accuse, infondate, tendenziose e lesive anche della figura femminile che si appresta a vivere la più bella esperienza della vita, fatta di dolore e ansia ma pur sempre bella. Credo nel nostro lavoro, nella nostra professione e ognuno di noi sa farla in maniera eccellente. S.C. (Taranto)

- **Un plauso alla nota dell'On. Fucci.** Sarebbe ora che i nostri Parlamentari capiscano in quale situazione lavoriamo ogni giorno, compressi dalla scure dei tagli al personale ed all'acquisizione di beni e servizi. Il blocco del turnover esploderà nella sua drammaticità nel prossimo anno con il pensionamento di molti colleghi che lasceranno un vuoto di 2-3 generazioni di medici che non hanno potuto formare il bagaglio di esperienza necessario alla gestione di una Ostetricia del terzo millennio. A.S. (Roma)
- **Ringraziamo Benedetto Fucci** di essersi fatto portavoce di tutti noi ginecologi oltre che della maggioranza delle donne e del generale senso comune della decenza contro un momento, auguriamo a questo signore sia solo un momento, di indecente follia demagogica, offensiva per migliaia di operatori che si impegnano notte e giorno per il benessere di ogni partorienta, contro ogni regola di orari e di interessi personali.

- **Sono scandalizzato e sconvolto...** Purtroppo siamo in Italia e idiozie come questa probabilmente verranno anche approvate. Siamo una categoria debole perché disunita e ripeto purtroppo perché sarà sempre così. F.C. (Ivrea)
- **Grazie all'Onorevole Fucci, all'Aogoi, al carissimo Prof. Chiantera** per quello che fanno in nostra difesa in maniera concreta, silenziosa, efficace. Il grazie viene da un Collega, il sottoscritto, tristemente alle soglie della pensione (penso che la pensione per ognuno di noi sia un dramma...perché non sappiamo fare altro che quello che abbiamo fatto per 42 anni! Cioè il medico). Certamente attività che non farò più Che poi è quella più bella del mondo: far nascere bimbi, perché non sono più disposto ad essere considerato un bancomat per l'utenza e tutto il Circo che si ingrassa intorno a questa tragediaMi scuso per l'esternazione. Grazie di tutto! G.S.
- **È arduo commentare questa assurda proposta** di legge soprattutto per chi, come noi ginecologi, si impegna quotidianamente con amore e abnegazione alla professione. Mi è difficile pensare che una donna possa ricevere in sala parto da medici ed ostetriche "una violenza ostetrica". Formalizzare una proposta di legge che introduce il reato di violenza ostetrica è l'umiliazione più grande che un professionista può ricevere. Diventa sempre più difficile, per noi medici, affrontare il nostro quotidiano fatto da mille difficoltà, ma poi marcatamente segnato da denunce, da una assurda burocrazia, da una magistratura distratta, da periti che non sono mai entrati in sala parto ma che decidono delle nostre sorti professionali. Come scrive l'On Fucci, il compito delle nostre Società e di noi tutti è quello di lavorare per far sì che le sale parto siano sempre più sicure non demonizzando chi vi lavora con impegno e sacrificio, ma dotandole di tecnologie e standard qualitativi sempre più elevati. Penso che questo debba essere il nostro obiettivo primario. È importante puntare sulla formazione dei nostri giovani, creare delle eccellenze. Gridare con quanta voce si ha in gola quanto sia difficile e stressante la nostra professione ma con quanto amore la professiamo. (...) È questo il mio commento, che manifesta apertamente tutto in mio risentimento indignato per l'assurda

ma anche provocatoria iniziativa del Sig. Zaccagnini. Con infinita stima L.S.

- **Svolgo la professione di specialista** da ben 30 anni e dopo i sacrifici (miei e dei miei famigliari come tutti noi) mi indigno per chi si permette di avere una "idea" di ciò che significa lavorare in prima linea e con enormi responsabilità etiche, morali, di sacrificio, rinunce, e costi enormi (assicurazioni RP). Spero che la mediocrità di codesto signore che vuole infangare una professione così nobile possa essere perseguita legalmente. E tutti noi ginecologi dovremmo essere più coesi come gruppo, cercando di fare fronte comune, unito. Come donna, sottolineo anche il sacrificio fatto da molte di noi che per la professione impegnativa hanno evitato di mettere al mondo dei figli... Per tutte le nostre rinunce e sacrifici aderisco ad azione di responsabilità. Proseguiamo compiti. C.N.
- **Una classe politica ignorante**, incapace, demagoga e interessatamente bugiarda continua a devastare la nostra sanità che pochi decenni fa era tra le migliori al mondo...continuando così accadrà che non ci saranno più laureati in Medicina in questo paese. Io stesso che fin da piccolissimo ho coltivato solo il Sogno di fare il Medico, se potessi tornare indietro tutto studierei tranne che medicina! Sono disgustato, sdegnato! G.P.
- **È con vero rammarico** e delusione che apprendo il contenuto di codesta proposta legislativa. A me sembra, oltre che offensiva per la dignità professionale, anche discriminante sul piano umano, ma soprattutto emerge chiara l'ignoranza del problema: la riduzione del numero dei parti cesarei, come lei sa bene, sarà realizzabile solo se il ginecologo non sarà più accusato per non aver fatto il "taglio cesareo" o non averlo eseguito tempestivamente! Ritengo che le numerose linee guida, ancorché emanate da illustre società scientifiche, servono a poco se le stesse non sono recepite e considerate nella giusta luce dalla magistratura e avvocatura. Esprimo il mio sommo dispiacere soprattutto per i giovani colleghi, che oltre a problematiche di occupazione dovranno affrontare anche queste difficoltà giuridiche che la nostra generazione ha partorito. L.R.

24th European Congress of Obstetrics and Gynaecology 19 - 21 May 2016

Torino. EBCOG 2016

L'appuntamento è tornato nel capoluogo piemontese dopo 10 anni. Inizialmente assegnato a Istanbul, è stato spostato per motivi di sicurezza. Ad anticipare i lavori due momenti di particolare rilievo: il primo esame europeo di ostetricia e ginecologia ed il training di 34 specializzandi provenienti da tutta Europa

Tornato a Torino dopo dieci anni il Congresso Europeo di Ostetricia e Ginecologia, giunto alla sua 24° edizione ha portato nel capoluogo piemontese i nomi più prestigiosi della disciplina a livello mondiale. Nel corso dei lavori sono stati dibattuti i temi legati alla **formazione e aggiornamento in ambito clinico, tecnologico, educativo** e di ricerca scientifica per tutte le figure sanitarie che operano nel settore ostetrico-ginecologico, neonatologico ed assistenziale: medici specialisti, medici in formazione specialistica, ostetriche, infermieri. A precedere i lavori di EBCOG 2016 due momenti significativi: **il primo esame europeo di ostetricia e ginecologia** (svoltosi il 18

maggio) ed **il training di 34 specializzandi provenienti da tutta Europa presso l'ospedale Sant'Anna della Città della Salute di Torino** (16-18 maggio). L'obiettivo di entrambi gli appuntamenti è quello di creare uno standard europeo di cura, uniformando e portando ai massimi livelli qualitativi la pratica medica specialistica nell'ottica del libero spostamento dei cittadini e dei professionisti all'interno dell'Unione Europea. Inizialmente assegnato a Istanbul, il Congresso per motivi di sicurezza si è spostato a Torino, sede ritenuta ideale per l'incontro, anche grazie ai riscontri estremamente positivi ottenuti in occasione dell'edizione 2006,

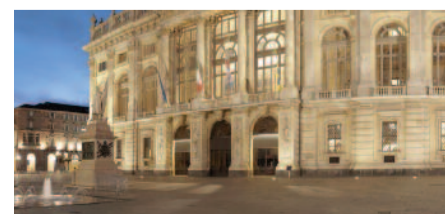
svoltasi all'ombra della Mole. Il Congresso organizzato dal Board and College Europeo di Ostetricia e Ginecologia (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology - Ebcog) è stato presieduto a livello locale dalla professoressa Chiara Benedetto, Professore Ordinario di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Torino. **L'Ebcog è l'organismo europeo che rappresenta le**

Società Scientifiche di Ostetricia e Ginecologia di 37 Paesi (28 UE e 9 non UE) ed è la sezione di Ostetricia e Ginecologia dell'Unione Europea dei Medici Specialisti (Union Européenne des Médecins Spécialistes - Uems). L'obiettivo principale dell'Ebcog è quello di migliorare la salute delle donne e dei loro bambini promuovendo i più alti livelli possibili di cura e di formazione nel campo della ostetricia e ginecologia in tutta Europa. Il Congresso ha visto la partecipazione di iscritti e relatori provenienti da tutto il mondo e, accanto alle più tradizionali sessioni di relazioni frontali che hanno presentato lo stato dell'arte e le novità scientifiche più rilevanti, è stata prevista anche la possibilità di seguire delle **Master Classes**, ossia degli approfondimenti per la gestione di

specifiche problematiche cliniche rivolti a piccoli gruppi di partecipanti per discutere e confrontarsi in modo interattivo con i maggiori esperti mondiali. Si sono svolti anche diversi **Hands On Training**, ossia delle esercitazioni pratiche su simulatori e manichini per valutare e migliorare le capacità pratiche in ambito ginecologico-chirurgico, ostetrico e diagnostico. Verrà anche data l'opportunità di sostenere alcune prove per ottenere l'accreditamento individuale a svolgere alcune specifiche procedure diagnostiche ecografiche. Al Congresso hanno partecipato anche i più alti rappresentanti delle più grandi Organizzazioni mondiali che operano nel campo della Salute (WHO, UNFPA) e, in ambito ostetrico-ginecologico in particolare, la FIGO.



EBCOG 2016
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology
24th EUROPEAN CONGRESS
19-21 May 2016 - Torino, Italy



“In the Field of Good Intimacy”: un progetto europeo per promuovere i servizi di sessuologia e per la prevenzione della violenza

Dall'intimità alla violenza

Maria Paola Simeone

Ginecologa-sessuologa
ASL Ba - Distretto Unico - Consultorio Familiare

Analisi di contesto e presentazione dell'idea progettuale

Un dato che fa riflettere è che circa il 14-25% delle donne subisce una violenza nella propria vita, ciò significa che una donna su quattro ha una violazione con gravi conseguenze psicologiche e fisiche; circa l'84% delle donne aggredite sa chi è il suo aggressore. Estrapolando questi dati si può affermare che lo stupro non è un fenomeno “raro” e che spesso non è commesso da sconosciuti ma più comunemente da uomini che si conoscono e di cui le donne si fidano.

È vero, di contro, che anche il 3-7% di uomini adulti ha subito una violenza sessuale; spesso gli uomini sono aggrediti da altri uomini, ma anche da donne.

Lo schema sessuale violento è una forma di distorsione cognitiva e comportamentale che si crea nella persona che rispetta una visione patologica del sé, del mondo e della vittima. Gli stupratori pensano che le donne possono essere trattate come oggetti: “le donne sono pericolose e il mondo è un luogo ostile”.

Il comportamento sessuale violento è quello che prevede la coercizione per ottenere gratificazione sessuale da un partner. Nel 30% delle relazioni sentimentali è presente occasionalmente un'aggressività relazionale agita e subita, spesso nel 25% è agita in modo grave. Fin dall'adolescenza, la giovane donna e il giovane uomo, dovrebbero avere un'informazione chiara, oggettiva, sulla sessualità con riferimento agli aspetti biologici e per una visione emozionale e relazionale sana.

La necessità di creare programmi e progetti integrati a sostegno dell'educazione sessuale per la conoscenza della sessualità non si esaurisce nell'infanzia e nell'adolescenza bensì deve continuare nella fase adulta e nella terza età. **L'Organizzazione Mondiale della Sanità** nel 2010 ha individuato gli standard europei per l'educazione sessuale (Standards for Sexuality Education in Europe) ponendo alla base delle sue indicazioni l'invito a sostenere il concetto del diritto alla propria dimensione di intimità. Un'intimità si definisce di volta in volta, con modalità e metodi adeguati all'età e al contesto, nel suo significato più ampio che comprende il proprio corpo, le relazioni significative familiari ed ex-

trafamiliari, i valori personali e le scelte sessuali.

I programmi di azione per lo sviluppo della Salute sessuale, elaborati dalla World Association for sexual health (WAS) e contenuti nella Dichiarazione sulla Salute Sessuale per il Millennio, pubblicata nel 2007 a seguito della Conferenza generale svoltasi a Sidney, in Australia, affermano i seguenti principi: “La promozione alla salute sessuale è elemento centrale per raggiungere il benessere ed uno sviluppo sostenibile, nonché per conseguire gli Obiettivi di Sviluppo del Millennio. Favorisce la qualità di vita e la realizzazione della pace e contribuisce alla eradicazione della povertà (Approvato dall'Assemblea Generale WAS, 17 aprile 2007, Sydney Australia)”.

La Convenzione per la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica, meglio nota come Convenzione di Istanbul, è stata approvata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 7 Aprile 2011 ed aperta alla firma l'11 maggio dello stesso anno in Turchia; è stata firmata da circa 32 Paesi Europei,

Il progetto “In the Field of Good Intimacy” mira a creare una Piattaforma on-line per promuovere l'istituzione di Servizi di Sessuologia dei singoli Stati membri e armonizzare quelli esistenti, agevolando lo scambio di pratiche presenti a livello internazionale. Basato sul criterio scientifico della correlazione della violenza con la vita sessuale e l'educazione sentimentale della persona, il progetto individua nella

tra questi anche l'Italia che, dopo l'approvazione unanime alla Camera dei Deputati nel maggio 2013, ha trasformato il testo in legge il 19 giugno 2013.

La cura è un processo interno ed esterno all'individuo nei propri ambiti sociali: famiglia, amicizie, Sanità, Stato. In considerazione della vulnerabilità del genere umano alla solitudine, il tessuto delle relazioni implica la condivisione, in vero, la relazione si instaura nel momento in cui un soggetto si accorge dell'altro, si cura dell'altro, costruisce con l'altro.

I problemi si generano nello spazio della divisione di alcuni compiti: chi fa cosa, come lo fa, il risultato per la comunità. La relazione e i bisogni sono correlati; coloro che sono in grado di soddisfare i bisogni dell'altro, sono di frequente in grado di esercitare potere sull'altro.



Una relazione può rimandare a forme di potere.

Caring about: interessarsi a, richiede attenzione, guardare colui che ha bisogno;

Taking care of: prendersi cura, assumersi la responsabilità che i bisogni vengano soddisfatti;

Care-giving: prestare cura, richiede competenza nell'erogazione;

Care-receiving: ricevere cura, presuppone la risposta alla cura positiva o negativa.

La coppia, in particolare, è caratterizzata da due esigenze fondamentali: il bisogno di intimità e il bisogno di autonomia.

La relazione con il partner abituale può scivolare dall'intimità alla violenza. Il bisogno di intimità può essere inteso come un “rimanere dentro sé stessi e andare verso l'altro” e manifestarsi liberamente per quello che si è nei propri pensieri, sentimenti,

professionalità del ginecologo un ruolo fondamentale per la prevenzione della violenza, oltre che per la cura del benessere della donna e della coppia. In materia di educazione, formazione, informazione e cura vengono proposti studi congiunti per produrre analisi comparate con le società scientifiche e sviluppare collaborazioni con Organizzazioni Governative e non, Network europei ed Osservatori internazionali.

sensazioni ed emozioni. La possibilità di vivere reciprocamente un'esperienza emotiva, affettiva, cognitiva, nella totale libertà e consapevolezza è segno di una sana intimità.

Schemi imposti di relazioni sociali, famiglia unita a tutti i costi, obblighi sociali, paura di restare soli in realtà nuove, scarse risorse economiche e personali in generale sono limiti per la libertà della persona e anche per le scelte della vita sessuale e di relazione.

Una trama sottile, tra le sicurezze personali in campo sociale ed economico e la scelta del partner, si ispessisce e si consolida nel corso della vita o viceversa si può indebolire.

Dare il permesso alla cura: una possibilità per tutti?

Ruolo dei ginecologi

Per la prevenzione primaria del-

la salute della donna, il ginecologo ha un ruolo fondamentale nella promozione dell'educazione in ambito riproduttivo e sessuale. La medicina di genere prevede la prevenzione di malattie: cardiovascolari, disturbi psichici, malattie Mst, Aids, Hpv, etc..

Per sviluppare azioni strategiche per la promozione della salute della donna è necessario un progetto di **prevenzione attiva** in un contesto organizzativo e sociale in cui la donna rappresenta una risorsa, anche economica, in quanto: figlia, madre, donna, lavoratrice.

La necessità di un approccio coordinato sui temi della salute della donna, nelle diverse fasi della vita, dall'adolescenza all'età fertile, prevede delle linee comportamentali condivise da tutte le parti interessate.

Il criterio dell'evidenza scien-



il primo elemento di tutela della donna in un campo che apriva un orizzonte ad ambito sociale, educativo, formativo e informativo. Le linee guida per l'Educazione Sessuale nell'Unione Europea (individuate nella pubblicazione del 2013 "Policies for Sexuality Education in the European Union") offrono un'analisi comparata della situazione negli Stati Membri e lasciano una traccia dei criteri utili all'armonizzazione dei sistemi educativi volti alla prevenzione della violenza di genere.

Il Servizio di Sessuologia per la coppia accoglie le donne nelle fasi in cui non sono "consapevoli" della propria condizione di vulnerabilità ai cambiamenti della vita, cosiddetti "Riti di Passaggio" che corrispondono a tutte le fasi di sviluppo della donna, dall'adolescenza all'invecchiamento. È di particolare rilievo l'attenzione al **dolore**, come espressione di ferita psichica riflessa sul corpo: le donne dicono poco con le parole ma esprimono sul corpo le sofferenze psicologiche e le violenze subite.

Il **dolore pelvico** si esprime sin dall'adolescenza e va riconosciuto dal Ginecologo e curato con l'integrazione del Sessuologo. Per il trattamento delle disfunzioni è opportuno un approccio integrato tra: Sessuologo, Ginecologo, Endocrinologo, Andrologo, Psichiatra, Psicologo capaci di valutare e affrontare gli aspetti biologici e quelli emotivi, relazionali e familiari.

Il Servizio di Sessuologia inteso come luogo di ascolto, è in una **sede specifica** Sovra-distrettuale e collegato alla rete Consultoriale e Ospedaliera per una nuova visione della Medicina del Benessere della Prevenzione, prima ancora che di Cura della malattia.

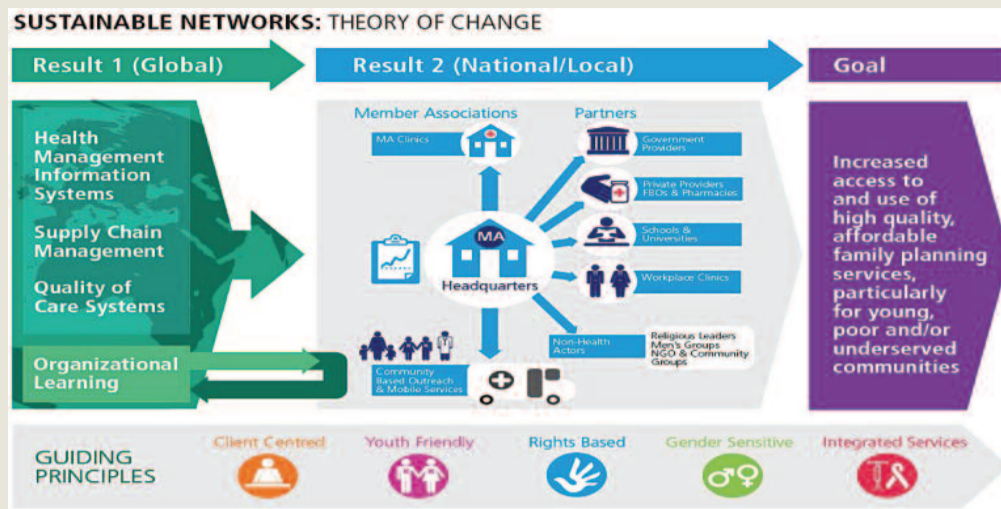
È necessario creare un Modello organizzativo per un Servizio di Sessuologia che coordini le necessità di ognuno degli stati membri dell'Unione europea secondo le differenti politiche sociali.

Ecco quanto si propone in sintesi l'iniziativa da me proposta.

"In the field of good intimacy"

Obiettivo
L'obiettivo generale è di favorire la crescita personale e il benessere nella società concentrandosi sulla prevenzione della violenza

La piattaforma on-line per i servizi di sessuologia



Perché un progetto europeo?

L'articolo 168 del trattato sul funzionamento dell'Unione europea afferma che la responsabilità di definire politiche in materia di Sanità compete agli Stati membri. Il concetto di valore aggiunto europeo è stato sviluppato per valutare la sussidiarietà in settori che esulano dalle competenze esclusive dell'UE e per dare comunque priorità all'azione su un livello di UE. La valutazione del valore aggiunto europeo nell'ambito del Terzo Programma sulla salute è utile a generare un plus rispetto alle azioni di singoli Stati membri e può derivare da diversi fattori, tra cui per esempio un miglior coordinamento, la certezza del diritto o un'efficacia e una complementarità maggiori. Esso si manifesta in un'azione di più ampio interesse e importanza per l'Europa, allo scopo di presentare modelli e meccanismi applicabili ai diversi livelli locali, nazionali, europeo ed internazionale.

Finanziamenti: una sostenibilità europea

La sostenibilità economica dell'idea progettuale trova la propria linfa nel vasto mondo dei fondi europei.

L'Europa si impegnerà a favore dei progetti sulla tecnologia che porta innovazioni alle politiche sociali (Programma Progress of EASI).

Per raggiungere gli obiettivi strategici di Europa 2020, l'Unione europea si avvale di diverse tipologie di strumenti finanziari, gestiti attraverso un sistema di "responsabilità condivisa" tra la Commissione europea e le autorità degli Stati Membri detti a "gestione indiretta", o a livello centrale da parte della Commissione europea noti anche come finanziamenti a "gestione diretta".

Per i **finanziamenti indiretti** si fa riferimento a fondi strutturali e di investimenti europei. Molte sovvenzioni dell'Ue sono gestite a livello nazionale o locale, il che significa che l'Autorità di Gestione competente si trova a quel livello e la domanda andrà

presentata agli uffici di riferimento: Dipartimenti Ministeriali o Regionali. I contatti delle Autorità di Gestione sono normalmente disponibili sul sito internet della Direzione Generale Politiche Regionali della Commissione Europea (DG REGIO): http://ec.europa.eu/regional_policy/it/.

I **finanziamenti diretti** dell'Ue sono conferiti per progetti o attività connessi con le politiche settoriali. Questi sostegni vengono concessi sulla base di specifici programmi tematici. Quando si parla di finanziamenti diretti, essendo gestiti direttamente dalla Commissione Europea, la domanda verrà presentata alla Direzioni generali che hanno indetto il bando (es.: DG Giustizia, DG Salute e DG Affari sociali). Per presentare un progetto si individua prima un programma, un bando e poi si presenta la domanda, spesso in via telematica attraverso i portali del partecipante. Un link di riferimento generale è il seguente: http://europa.eu/about-eu/funding-grants/index_it.htm

Stato dell'arte della proposta con riferimento ai partenariati

In coerenza con l'importanza affermata a livello locale ed europeo sulla costituzione dei partenariati si precisa che l'idea progettuale è stata inviata a:

- colleghi ginecologi e sessuologi nazionali e dei principali centri europei
- Società scientifiche nazionali e internazionali (Fiss, Agite, Aogoi, Efs, Essm, etc.)
- Organizzazioni Governative e non, Network europei, Osservatori internazionali (The European Institute for Gender Equality (Eige), World Health Organization (Who), The International Planned Parenthood Federation (Ippf), Amnesty International, The Center for Reproductive Rights etc.)
- Associazioni Onlus (doppiadifesa, We World, etc.)
- Agenzia sanitaria regionale (AREs) e alle agenzie sanitarie europee (Euregha).

za, l'idea progettuale mira a sensibilizzare il rispetto delle pari opportunità in contrasto con la discriminazione contro le donne. Nello specifico, si promuove la creazione di programmi e progetti locali internazionali sulla sessualità e sulla salute riproduttiva in un'ottica di approccio integrato con le politiche sociali.

Destinatari

Personale medico sanitario: Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Ostetriche e altre figure professionali interessate alla tematica quali: Educatori e Operatori del diritto.

Risultati attesi

- Istituzione di Servizi di Sessuologia per la prevenzione della

violenza di genere

- Individuazione di Standard europei
- Formazione di personale dedicato.

Partner

Enti Pubblici e Privati attivi nel settore sociale e sanitario. **Y**



importante per la prevenzione della violenza.

Qualora questa mia idea progettuale abbia incontrato il vostro interesse, vi invito a presentarla alle vostre istituzioni di riferimento.

Per contatti:
mariapaolasimeone@virgilio.it



La sessuologia rappresenta un nuovo orizzonte di lavoro per il ginecologo.

Una formazione specifica in sessuologia è diventata ormai indispensabile nel bagaglio di conoscenze di molte professioni, che, come la nostra, sono sempre più chiamate a rispondere alla crescente domanda di aiuto

sessuologico, individuale e di coppia. I Dipartimenti del Benessere di Coppia, l'importante iniziativa che l'Aogoi ha messo in campo insieme agli urologi della Siu, va senz'altro in questa direzione. Oltre che per la cura del benessere della donna e della coppia i servizi di sessuologia rappresentano uno strumento

Aborto

Consiglio d'Europa bocchia l'Italia "Notevoli difficoltà di accesso. Non rispetta diritto salute"

Nonostante la legge 194 in Italia le donne hanno "difficoltà notevoli" nell'accedere ai servizi d'interruzione di gravidanza. E per il Consiglio d'Europa il nostro Paese "viola l'articolo 11 sul diritto alla Salute della Carta sociale europea". Così si è pronunciato il Comitato dei diritti sociali del Consiglio Ue che l'11 aprile scorso ha pubblicato l'esito del reclamo presentato dalla Cgil nel 2013.

Il Comitato all'unanimità ha dichiarato che l'Italia viola l'articolo 11 sul diritto alla Salute della Carta sociale Europa. Con una maggioranza invece di 6 voti contro 5 il Comitato ha stabilito che c'è una violazione del diritto al lavoro e per 7 voti a 4 che c'è violazione anche del diritto del diritto alla dignità dei lavoratori.

In sostanza viene rilevato che "le carenze che esistono nella fornitura di servizi di aborto in Italia rimangono irrisolte e le donne che cercano l'accesso ai servizi di aborto continuano a dover affrontare notevoli difficoltà a ottenere l'accesso a tali servizi, nonostante le disposizioni legislative in materia". Inoltre, le "strutture sanitarie continuano a non adottare le misure necessarie al fine di compensare le carenze nella fornitura di servizi a causa di problemi dovuti al personale che decide di invocare il loro diritto all'obiezione di coscienza".

Il Comitato sottolinea poi "che queste situazioni possono comportare notevoli rischi per la salute e per il benessere delle donne, il che è in contrasto con la diritto alla tutela della salute, come garantito dall'articolo 11 della Carta".

Dopo la levata di scudi della Cgil l'8 marzo del 2014 il **Ministero della Salute** aveva replicato che il "Comitato europeo non aveva tenuto conto dei dati, che gli aborti erano in forte calo e che l'obiezione non era un problema".

Una versione che il Ministero ha riproposto al Comitato lo scorso settembre. Nonostante ciò il Comitato ha evidenziato come il Governo "non ha fornito virtualmente nessuna prova che contraddica quanto sostenuto dal sindacato e non ha dimostrato che la discriminazione non sia diffusa".

Tra le criticità evidenziate anche il fatto che l'Italia discrimina medici e personale medico che non hanno optato per l'obiezione di coscienza in materia di aborto. E ancora che la "diminuzione del numero di ospedali o case di cura dove si praticano gli aborti". Rimarcato anche come vi è un "rapporto sproporzionato tra le richieste di interrompere la gravidanza e la il numero del personale sanitario a disposizione". Un fatto che rischia "la creazione di ampie zone geografiche dove i servizi di aborto non sono disponibili, nonostante la diritto legale di accedere a tali servizi di diritto italiano". Criticati anche "i tempi di attesa eccessivi di accedere ai servizi" dovute anche alla "mancata sostituzione di medici che non sono disponibili a causa di vacanze, malattia, pensione, ecc."

Ma cosa succede ora? Secondo il regolamento del Consiglio d'Europa "in caso di mancato adeguamento dello Stato ad una decisione di non conformità da parte del CEDS, il Comitato dei Ministri può adottare una raccomandazione che chieda espressamente la modifica della legislazione o della prassi vigenti nel Paese".

Aogoi: Evitabile 1 aborto su 4 in Italia, con una maggiore attenzione ai bisogni delle donne

Nel 2013, il 26,8% delle interruzioni volontarie di gravidanza sono state registrate in donne con precedente esperienza abortiva. Il progetto Aogoi per la corretta informazione contraccettiva di chi affronta questo momento particolarmente delicato della vita è un importante passo in avanti per intervenire sulle cause alla radice del problema

"Sensibilizzare gli operatori dei centri italiani che praticano che praticano le interruzioni di gravidanza sull'importanza di garantire la dovuta attenzione alla contraccezione post Ivg, attraverso un percorso che offra alle donne un adeguato counselling contraccettivo e per la pianificazione familiare. È questo il cardine del progetto Aogoi che a nostro avviso rappresenta un importante passo importante per contrastare un fenomeno senz'altro rilevante nel nostro paese, intervenendo sulle cause alla radice del problema".

Così l'Aogoi in una nota all'indomani dell'accoglimento del ricorso presentato dalla Cgil al Consiglio d'Europa sulle difficoltà riscontrate in Italia per l'accesso all'aborto nelle strutture pubbliche ha voluto puntare i riflettori sul fenomeno delle Ivg ripetute e illustrare i punti cardine del suo progetto.

"I dati Istat del 2012 - hanno sottolineato il presidente e il segretario nazionale Aogoi - indicano infatti che la percentuale di donne che ripete l'intervento di Ivg è del 26,6%, con una frequenza più alta nelle donne straniere (38%), rispetto alle donne italiane (21%). Il costo complessivo delle Ivg ripetute è di circa 29,9 milioni di Euro l'anno in Italia. Appare pertanto evidente l'importanza che in tutti i centri che praticano le Ivg venga proposto, immediatamente dopo l'interruzione di gravidanza, un programma contraccettivo basato sulle specifiche esigenze della donna e che qualunque sia il metodo contraccettivo scelto venga fornito subito dopo l'intervento". **Se chi richiede l'interruzione della gravidanza ha alle spalle un fallimento di un metodo contraccettivo perché fatica ad attenersi allo schema di assunzione di un contraccettivo orale oppure perché non riesce ad utilizzare correttamente il condom in questi casi può essere utile consigliare i sistemi contraccettivi a lunga durata e reversibili (LARC), che i dati dell'Oms indicano come i sistemi contraccettivi più sicuri e che garantiscono**

no la percentuale più alta di adesione al metodo dopo 12 mesi. Questi metodi possono essere inseriti direttamente durante l'intervento di isterosuzione, senza arrecare alcun disagio alla paziente.

L'articolo 14 della legge 194/78 recita: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite (...)". Questa norma, che dovrebbe essere nota a tutti, è molto spesso disattesa nei nostri ospedali, dove non sempre è garantita la dovuta attenzione alla contraccezione nel dopo Ivg.

Ciò soprattutto per il sovraccarico di lavoro che molti centri devono sopportare con l'impegno dei nostri colleghi a cui chiediamo un'ulteriore sacrificio per portare avanti questo nostro programma scientifico e di alto valore sociale.

Come sottolineato in tutte le linee guida, è molto importante che lo staff della struttura che ha praticato l'intervento di Ivg si assicuri che la donna abbia ricevuto informazioni adeguate sulla contraccezione, compresa quella d'emergenza, che il metodo scelto le sia fornito e che possiede i riferimenti del centro per la pianificazione familiare più vicino. Ricordiamo che dopo una interruzione volontaria di gravidanza si assiste ad una rapida ripresa dell'ovulazione, con l'83% dei cicli ovulatori già nel primo mese dopo l'intervento.

L'aggiornamento e la valorizzazione del ruolo degli operatori dei centri Ivg è uno dei punti cardine del nostro progetto che prevede anche la distribuzione di materiale informativo per gli operatori e soprattutto l'organizzazione di incontri di formazione.

L'efficacia del progetto sarà valutata attraverso la distribuzione e l'analisi di un questionario sulla scelta contraccettiva effettuata dalle donne che richiedono l'Ivg. A lungo termine potrà essere valutata anche attraverso la verifica di una riduzione delle Ivg ripetute osservata dai dati Istat.

"Nel quadro delle finalità del Progetto Aogoi, che si inserisce in quello più ampio del Piano nazionale Fertilità a

cui abbiamo contribuito, riteniamo utile promuovere anche la disseminazione di tutte quelle esperienze dei centri Ivg tese a preservare oltre alla salute riproduttiva e sessuale anche quella psico-fisica delle donne che si trovano a vivere un momento particolarmente delicato della loro vita. In questo contesto, un obiettivo importante è quello di aumentare il più possibile la compliance delle donne nei confronti dei protocolli abortivi utilizzati e di ridurre disagi legati a tale pratica. Nell'ottica di ottenere il miglior risultato terapeutico, con un minimo utilizzo dei farmaci e riducendo il più possibile i tempi di ricovero, venendo così incontro alle esigenze della paziente e delle strutture pubbliche, spesso in difficoltà a causa degli alti costi dei ricoveri.

Per alcune donne la richiesta di Ivg può rappresentare un'occasione unica di accesso al sistema sanitario, di conseguenza è importante non perdere l'opportunità di proporre un colloquio per la successiva pianificazione familiare. Ricordiamo che le donne sono molto motivate ad evitare un successivo insuccesso della contraccezione.

L'attenzione alla salute e al benessere sessuale, riproduttivo e psico-fisico della donna e la valorizzazione della professionalità e del ruolo degli operatori dei servizi di Ivg costituiscono gli elementi portanti di questa iniziativa che, siamo certi, contribuirà a ridurre significativamente il tasso delle Ivg ripetute, ormai stabile da molti anni, contrastando il fenomeno alla sua radice.

Infatti, basti pensare a quel 26,6% di Ivg ripetute che se contrastate, potrebbero ridurre sensibilmente il numero, per altro già ridotto, degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza.

Nell'ultimo anno, i dati numerici delle Ivg si sono attestati intorno alle 100.000 unità, abbattere di un quarto tale cifra avrebbe un valore sociale meraviglioso, alleggerendo contemporaneamente la pressione sui centri che devono eseguire detti interventi". **Y**

Gravidanze a rischio di parto pretermine

La "Perinatal Card"

Il documento di "informativa" e "consenso informato", validato dall'Aogoi e condiviso dalla Sin, è uno strumento utile per tutti i colleghi che quotidianamente possono confrontarsi con una gravidanza che presenta un minaccia di parto pretermine o con una gravidanza a rischio che necessita di un parto pretermine

Davide De Vita
Segretario regionale AOGOI Campania

A fronte degli indubbi progressi fatti e dei successi ottenuti nell'area materno-infantile, la prevalenza delle nascite pretermine è in forte aumento, anche per l'insorgenza di condizioni materne e gravidiche nuove come la fecondità delle donne in età più avanzata, l'offerta dei percorsi della procreazione medicalmente assistita e i moderni trattamenti di malattie materne, un tempo ritenute incompatibili con la gestazione.

Attualmente le nascite pretermine in Italia rappresentano il 6,9 per

cento della natalità totale, riferita ai nati vivi, ma purtroppo il trend è in continuo e progressivo aumento. L'impressionante aumento delle capacità tecniche dell'assistenza neonatologica, che ha decisamente innalzato le possibilità di sopravvivenza di neonati pretermine che sino a poco tempo prima erano condannati alla morte certa, ha portato a sollevare le aspettative di sopravvivenza da parte dei genitori, creando le basi per un loro malcontento qualora i risultati non siano quelli da essi sperati. È facile quindi comprendere i tanti ingiusti e ingiustificati contenziosi medico-legali che si sono verificati nei confronti dei ginecologi e neonatologi.



L'impressionante aumento delle capacità tecniche dell'assistenza neonatologia ha decisamente innalzato le possibilità di sopravvivenza di neonati pretermine alimentando le aspettative da parte dei genitori. Il che spiegherebbe i tanti ingiusti e ingiustificati contenziosi medico-legali nei confronti dei ginecologi e neonatologi

Siccome l'attività assistenziale si intreccia costantemente con quella relazionale, dando vita a quello che possiamo chiamare il "Triangolo Neonatale" tra curanti, paziente e genitori, la condivisione di un documento che possa rivestire la du-

plice funzione di "informativa" e "consenso informato" da sottoscrivere e firmare, ci è sembrato poter essere sicuramente uno strumento utile e vantaggioso per tutti.

La stesura del documento di "informativa" e "consenso informato" definito "Perinatal Card", previsto per il counselling delle gravide a rischio di parto pretermine, è stato condiviso dall'Aogoi e Sin Campania. Estensori i segretari regionali **Davide De Vita** e **Franco Messina**, Revisori: il segretario nazionale Aogoi Prof. **Antonio Chiantera** e il Presidente Prof. **Vito Trojano**; Coordinatori: **Paolo Puggina**, **Francesco Raimondi**, **Gerardo Spaziante**, **Aniello Pugliese**.

Tale documento, progettato, discusso e redatto durante le numerose e intense riunioni scientifiche effettuate tra il 2015 e il 2016 dalla squadra Aogoi Campania – composta

da D. De Vita, M.G. De Silvio, G. Gerosolima, L. Pino e G. Spaziante – documento approvato e autorizzato dal Consiglio Nazionale, ci sembra un valido strumento da raccomandare a tutti i soci Aogoi che quotidianamente possono confrontarsi con una gravidanza che presenta minaccia di parto pretermine o una gravidanza a rischio che necessita di un parto pretermine.

Il documento sarà oggetto di revisioni periodiche sistematiche. ✓

Il documento approvato dal Consiglio Direttivo Aogoi il 3 maggio 2016

INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO "PERINATAL CARD" PER LA DONNA CON MINACCIA DI PARTO PRETERMINE

Il termine Parto Pretermine (PP) è molto generico e si riferisce a tutte le condizioni che indichino una nascita avvenuta prima del termine completo della 37^a settimana di gestazione. Il neonato prematuro è ad alto rischio perinatale, in quanto la nascita pretermine impedisce a molti organi ed apparati di raggiungere la maturità fisiologica e tutte le competenze atte ad affrontare l'ambiente extra-uterino.

Si definisce:

Parto estremamente pretermine, quando avviene tra 22 sett + 0 e 27 sett + 6 gg (peso inferiore ai 1.000 g)

Parto molto pretermine quando avviene tra 28 sett + 0 e 31 sett + 6 (peso compreso tra 1.000 e 1.499 g)

Parto lievemente pretermine quando avviene tra la 32 sett + 0 e la 34 sett + 6 (peso compreso tra 1.500 - 2.499 g)

Parto quasi a termine o "Late preterm" quando avviene tra la 34 sett + 6e la 36 sett + 6 (peso indifferente) A fronte degli indubbi progressi fatti e dei successi ottenuti nell'area materno-infantile, la prevalenza delle nascite pretermine è in forte aumento, anche per l'insorgenza di condi-

Estensori **D. De Vita, F. Messina**
Revisori **A. Chiantera, V. Trojano**
Coordinatori **P. Puggina, F. Raimondi, G. Spaziante, A. Pugliese**

Citazioni:
Carta dei diritti del bambino nato prematuro
Raccomandazioni Parto pretermine SIGO-AOGOI-AGUI-Fondazione Confalonieri Ragonese
Associazione parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione,
Vivere Coordinamento Nazionale delle Associazioni per la Neonatologia

zioni materne e gravidiche nuove come la fecondità delle donne in età più avanzata, l'offerta dei percorsi della procreazione medicalmente assistita e i moderni trattamenti di malattie materne, un tempo ritenute incompatibili con la gestazione.

Attualmente le nascite pretermine in Italia rappresentano il 6,9 per cento della natalità totale, riferita ai nati vivi.

Le cause del PP sono:

Cause predisponenti: anamnesi positiva per precedenti gravidanze con esito in decesso fetale o neonatale per parto pretermine, condizioni di rischio sociale (povertà, denutrizione o condizioni igieniche precarie) o individuale (età <17 anni o >40 anni), familiarità per parti gemellari.

Cause materne: gravi malattie della madre, generali o patologia d'organo persistenti in gravidanza, oppure patologie della gravidanza (gestosi, placenta previa, distacco di placenta, rottura prematura precoce delle membrane

amniotiche), gravidanza in età adolescenziale.

Cause fetali: rallentata crescita intrauterina, gemellarità, patologie del funicolo, malformazioni.

Le Società scientifiche (Aogoi, Sigo e Sin) e la letteratura scientifica propongono protocolli diagnostico-terapeutici mirati all'individuazione precoce e al contenimento dei rischi di PP. Raramente una condizione di minaccia è sostenuta da un'unica causa; in genere le cause sono molteplici.

In Italia la mortalità nel primo anno di età è pari a 3,7%. Il 71,2% della mortalità infantile è dovuta ai decessi in età neonatale (1-28 giorni d'età). Oltre 90% di questi decessi colpisce soggetti nati pretermine.

Si deve infine tener presente che la patologia dei nati pretermine contribuisce in misura superiore al 90% al tasso di mortalità infantile, cioè dei soggetti deceduti nel primo anno di vita; ma i suoi effetti negativi hanno ricadute che possono andare ben al di là di questo periodo. Infatti, ancor oggi si registrano percentuali di grave disabilità di origine perinatale, oscillanti tra lo 0,2 e lo 0,5 per cento dei nati vivi; anche le forme meno gravi comportano un impegno di risorse umane ed economiche di entità rilevante, tanto per la famiglia che per la società. Attualmente, a sopravvivere è oltre il 95 per cento dei nati con peso superiore a 1.000 grammi e/o di età gestazionale superiore alle 31 settimane; le percentuali di sopravvivenza nei nati a 23-24 settimane invece oscillano tra l'8 e il 25 per cento. Tra i sopravvissuti dei nati a 23-24 settimane, la disabilità grave interessa circa il 25 per cento dei soggetti, quella di grado medio un altro 25 per cento e quella lieve il 30-35 per cento. I tassi di mortalità neonatale italiani nelle classi di età gestazionale a maggior rischio sono tra i più bassi del mondo.

La prematurità pone sul piano assistenziale tre ordini di problemi:

- Il primo è relativo all'adattamento alla vita extrauterina di un organismo non attrezzato.
- Il secondo è dovuto all'impatto che la causa della prematurità può avere sullo stato di salute del neonato.
- Il terzo è rappresentato dai numerosi fattori di rischio presenti in un ambiente decisamente ostile, quale è quello fortemente medicalizzato delle terapie intensive, che inevitabilmente influenzano sia le condizioni del neonato in fase acuta, che le prospettive evolutive dell'intero organismo in seguito. La conseguenza più evidente dell'aumentata sopravvivenza è la selezione di una popolazione di individui a rischio attuale o potenziale per tutta una serie di condizioni patologiche (in particolare di tipo neurologico – sensoriale), correlate alla nascita pretermine di per sé, alle patologie sovrapposte e alle terapie praticate. Tali esiti negativi si concentrano in particolare nella categoria di soggetti di età gestazionale uguale o inferiore alle 32 settimane e/o con peso alla nascita inferiore ai 1.500 grammi. Le maggiori misure di difesa del nato pretermine sono la profilassi steroidea prenatale, la nascita in strutture assistenziali di II livello, munite di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), l'utilizzo del surfactant endotracheale, la prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Attualmente i tassi di disabilità severa sono i seguenti:

Età gestazionale	Percentuale
23 sett	42,9%
24 sett	21,4%
25 sett	16,3%
26 sett	14,1%
27 sett	10,3%
28 sett	7,1%

Disabilità nel nato pretermine

- Grave: 0,2-0,5% dei nati vivi
- Moderata: 2,4% dei nati vivi
- Lieve: 10-15% dei nati vivi
- Grave nei nati di età gestazionale tra 22 e 31 sett. : 8,2%

Tra le 34 e le 36 settimane di età gestazionale il decorso neonatale, contrariamente a quanto diffusamente creduto, si complica piuttosto frequentemente. I neonati cosiddetti "late preterm" infatti hanno maggiori probabilità, rispetto ai neonati a termine (37 settimane), di sviluppare una sindrome respiratoria e di necessitare di ricovero in TIN. In particolare, un neonato che nasce alla 34^a settimana ha un rischio 10 volte maggiore di sviluppare un distress respiratorio rispetto ad un neonato che abbia compiuto 39-40 settimane di gestazione (Cheng 2011). Similmente, gli out come neuro comportamentali possono essere meno favorevoli (Woythaler 2015). Ciò nonostante, la sopravvivenza in questa categoria di neonati è complessivamente simile a quella dei neonati a termine di gravidanza. La moderata prematurità comporta quindi un'aumentata morbilità, una maggiore durata della degenza ed alcune difficoltà ad avviare ed a mantenere l'allattamento al seno.

Il parto pretermine può in alcuni casi specifici essere necessario per evitare il rischio di morte intrauterina per patologie gestazionali gravi come l'oligoidramnios e/o la rottura prematura delle membrane in epoche gestazionali precoci. **Presso l'UOC di Ostetricia del nostro ospedale non vengono eseguite terapie di amnio infusione, per cui l'atteggiamento terapeutico verso questa evenienza clinica è di vigile attesa e di eventuale espletamento del parto previo counselling perinatale, seppure non c'è evidenza per raccomandare l'amnioinfusione in travaglio in caso di pPROM, l'unico lavoro randomizzato e controllato pubblicato in letteratura riguarda 66 casi di pPROM fra 26 e 35 settimane e i risultati non mostrano differenze significative fra il gruppo sottoposto ad amnioinfusione e il gruppo di controllo né per l'incidenza di taglio cesareo né per la percentuale di Apgar basso o morte neonatale (Nageotte 1985).**

Non ci sono evidenze su quale sia la conduzione più appropriata nelle gravidanze con rottura prematura delle membrane (pPROM) sotto la 24 settimana. È differente il management delle pazienti in caso di pPROM prima della vitalità del feto "previabile pPROM" (14-22.6w). L'incidenza di pPROM molto precoce è stimata essere intorno a 4 casi ogni 1000 gravidanze (0.37%). Ad epoche gestazionali così precoci è attesa l'interruzione spontanea della gravidanza entro una settimana nel 30-40% dei casi, specie quando l'eziologia è infettiva, ma il tempo di latenza può arrivare oltre le cinque settimane nel 60-70% delle pazienti. La probabilità di sopravvivenza varia dal 15 al 50% ed è correlata alla durata della latenza e alla quantità di liquido amniotico residuo, il rischio di corioamniosite è intorno al

30% (DeCherney 2013). In epoca di non vitalità del feto, la paziente può richiedere l'applicazione della legge 194. Devono essere discussi con la coppia i rischi anche materni vs i benefici di un management conservativo e l'informazione sulla prognosi neonatale, data insieme dal ginecologo e dal neonatologo, deve far riferimento alla casistica locale. La scelta per un management conservativo spetta alla coppia e deve pertanto essere dato loro un tempo sufficiente per prendere una decisione così complessa e può essere opportuno offrire un supporto psicologico. Inoltre, il parto può essere anticipato per altre condizioni di patologia come il ritardo di crescita fetale severo, rilievi flussimetrici delle arterie ombelicali e/o delle arterie cerebrali compromessi con conseguente centralizzazione del flusso sanguigno, preeclampsia, distacco di placenta, placenta accreta etc. Il taglio cesareo in epoca prematura espone a rischi aggiuntivi rispetto al taglio cesareo a termine, con possibili complicanze come l'isterectomia postcesareo, lesioni viscerali e/o vascolari, con RISCHIO DI emorragia. Riguardo la modalità di espletamento del parto la letteratura scientifica e le Linee Guida sono concordi tutte che il parto vaginale in caso di presentazione cefalica, non aumenta l'incidenza di morbilità e/o mortalità neonatale, soprattutto in epoche gestazionali superiori alla 30^a settimana.

La sottoscritta sig.ra nata a
 il residente a
 in via tel
 nazionalità lingua parlata

DICHIARA

- Che le informazioni di cui al presente modulo informativo le sono state oggi lette e spiegate ampiamente e dettagliatamente durante il counselling dall'equipe' medica, costituita dal ginecologo dr..... e dal neonatologoin presenza del marito/compagno.....
- Di aver ricevuto copia del presente documento informativo sottoscritto dal ginecologo e dal neonatologo, i quali hanno reso ampia disponibilità a rendere in qualunque momento tutti i chiarimenti del caso ed ogni ulteriore informazione ed a fornire anche materiale scientifico illustrativo.
- Di essere a conoscenza del fatto che di fronte ad impreviste difficoltà, l'equipe' medica ostetrico-neonatologica potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarla, autorizza sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare eventuali complicanze.
- Di aver ben compreso che la condizione attuale della gravidanza è complicata da una minaccia di parto prematuro ad un'epoca gestazionale di settimane. e che quindi è consapevole dei rischi conseguenti ad un parto a tale epoca precoce della gravidanza, con un aumentato rischio per il neonato di disfunzioni d'organo, di un'assoluta preparazione a vivere l'evento della transizione imposto dalla nascita alle patologie respiratorie, cardiovascolari, neurologiche, renali, oftalmologiche, nutrizionali ed immunologiche. Patologie dovute a causa della prematurità, quali le infezioni intrauterine ed il ritardo di crescita intrauterino. Patologie dovute all'ambiente extrauterino, quali destabilizzazioni in corso di ricovero, patologie neurosensoriali a distanza principalmente legate all'imaturità anatomico-funzionale del cervello neonatale.
- Di aver ben compreso che la nascita pretermine, soprattutto nell'intervallo temporale compreso tra la 24^a e la 32^a settimana di età post-concezionale, trova il cervello neonatale in una fase caratterizzata da intensi fenomeni evolutivi. Tali fenomeni possono essere fortemente condizionati dall'esposizione a fattori ambientali quali l'ipossia, l'ischemia, il possibile deficit degli ormoni tiroidei, i fattori genetici, il deficit di crescita intrauterina, le infezioni materne, la produzione di radicali liberi ossigeno-derivati, l'uso di farmaci proprio della fase intensiva delle cure neonatali e persino l'esposizione alla luce, al rumore, a stimoli dolorifici e alle semplici manipolazioni assistenziali.
- Di aver ben compreso l'importanza che questo documento riveste con una duplice funzione, la prima è di una informativa ampia per il counselling perinatale, la seconda come consenso informato, completo e sottoscritto da tutti gli attori protagonisti dell'evento, indispensabile e necessario per ogni atto assistenziale e curativo, e non soltanto per le pratiche specificamente indicate dalle leggi. Lo stato emotivo del genitore condiziona la comprensione dei problemi ed è determinante per l'acquisizione del consenso.

Il La paziente.....
 Il..... Il ginecologo.....
 Il..... il neonatologo.....
 Il.....Marito o compagno.....

La paziente conferma di aver avuto risposte esaurienti anche a quesiti e chiarimenti avanzati spontaneamente, conferma di essere pienamente cosciente, consapevole e libera nelle scelte che attengono alla propria persona e, preso atto della situazione illustrate, accetta / rifiuta, con scelta attuale, spontanea e consapevole, la procedura propostale.

La paziente dichiara che la firma di questo documento vuole essere la conferma per l'equipe' che la tiene in cura di avere fornito le informazioni in maniera per lei adeguata e comprensibile e significa che lei ha compreso, essendo stato soddisfatto anche ogni suo ulteriore quesito, ed avendone avuto il tempo necessario, il significato dell' intervento chirurgico e che è ben consapevole della possibilità di complicanze anche gravi.

Firma della paziente
 Firma del ginecologo
 Firma del neonatologo
 Firma degli eventuali testimoni (autorizzati ad assistere alla procedura del consenso informato):

 Data

Non firmate il presente modulo senza averlo letto, senza averlo capito e senza approvare ciò che dice.

ATTO DI CONSENSO

La sottoscritta essendo stata informata dei rischi connessi all'intervento, essendo stata soddisfatta ogni sua ulteriore richiesta di informazione, ed avendo avuto il tempo necessario a riflettere, acconsente ad essere sottoposta all'intervento chirurgico sopraindicato, con la tecnica operatoria descritta e che il chirurgo riterrà più opportuna in relazione al proprio caso clinico.

Data.....
 Firma della paziente.....
 Il presente modulo è da ritenersi a tutti gli effetti parte integrante della cartella clinica n°.....

Medicina di genere

Campania: una proposta per inserire la medicina di genere nel nuovo Psr. Al centro la formazione, la comunicazione e la ricerca



Maria Gabriella De Silvio
Segretario provinciale
AOGOI Campania

La proposta mira ad introdurre nel Piano sanitario azioni finalizzate alla presa in carico delle persone che tengano conto delle differenze di genere sotto l'aspetto psicologico ma anche biologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale

Maria Gabriella De Silvio, presidente del Comitato Unico di Garanzia della Asl di Salerno e **Maria Teresa Belmonte**, presidente del Comitato Pari Opportunità della Corte d'Appello di Salerno, hanno presentato una proposta di legge regionale che mira ad aggiungere nel testo del Piano sanitario regionale, anche gli obiettivi di genere: "Obiettivo finale delle misure proposte sarà pertanto la realizzazione di una medicina basata sull'evidenza e personalizzata sulla base del genere, in modo da assicurare maggior razionalizzazione ed appropriatezza delle cure e la conseguente riduzione degli aggravati al sistema sanitario".

"Non esiste una medicina taglia unica, ma una medicina misurata sulle differenze. Le Pari Opportunità, che inizialmente riguardavano la parità politica e sociale tra i due generi, si riferiscono ormai a tutta la normativa volta alla rimozione di qualsiasi forma di discriminazione" – hanno sottolineato De Silvio e Belmonte. "Per eliminare le discriminazioni che ancora permangono tra le donne e gli uomini è necessario assumere un'ottica di genere, con cui analizzare ed affrontare le condizioni e le esigenze delle donne e degli uomini, evidenziandone le differenze legate al genere. È per questo che uno dei compiti di chi si occupa di Pari Opportunità all'interno delle istituzioni – ha spiegato Maria Teresa Belmonte - è quello di sensibilizzare anche il personale medi-

co e paramedico su questi concetti e questa cultura".

"I risultati raggiunti dal programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon - retto devono ad esempio essere replicati nell'ambito delle malattie cardiovascolari, erroneamente ricondotte nella pratica al solo genere maschile – ha affermato Gabriella De Silvio. La **Medicina delle differenze** deve essere la naturale conseguenza della **sartorializzazione delle cure**, basate cioè sulle peculiarità biologiche, ormonali, anatomiche, psicologiche, culturali".

"Si tratta di azioni d'integrazione da introdurre nel piano Sanitario finalizzate alla presa in carico delle persone che tengano conto delle differenze di genere sotto l'aspetto psicologico ma anche biologico, funzionale, psicologico, sociale e culturale. È stato anche proposto di inserire, all'interno del Piano sanitario regionale, **campagne di informazione e percorsi di formazione del personale medico e sanitario in materia di medicina di genere**.

Il diritto alla salute, in questo caso delle donne, negli ultimi tempi divenuto anche argomento di vivace dibattito pubblico, esige interventi costruttivi per ridurre le disuguaglianze di genere, ai

quali il legislatore non si può più sottrarre".

Ecco di seguito i contenuti della proposta.

"Norme in materia di medicina di genere"

L'espressione Pari Opportunità, che inizialmente riguardava la parità politica e sociale tra i due generi, si è estesa poi ai vari ambiti e si riferisce ormai anche a tutta la normativa volta alla rimozione di qualsiasi forma di **discriminazione**. Per eliminare le discriminazioni che ancora permangono tra le donne e gli uomini è necessario assumere un'ottica di genere, con cui analizzare ed affrontare le condizioni e le esigenze delle donne e degli uomini, evidenziandone le differenze legate al genere. I nostri sistemi sociali invece si comportano in modo uguale nei loro confronti, senza tener conto dei fattori che derivano dalla loro diversità ed in questo modo perpetuano le disuguaglianze fra i due generi.

Poiché siamo ancora lontani da una politica sanitaria che rispetti le distinzioni di genere, la Commissione europea ha ribadito la necessità di promuovere una politica in difesa della salute che tenga conto della diversità di genere. La conoscenza delle differenze di genere favorisce, infatti, una maggiore **appropriatezza della terapia** e una maggiore **tutela della salute**. Senza un orientamento di genere, la politica della salute risulta scorretta, oltre che **discriminatoria**. Per questo motivo la medicina di genere è ormai una realtà dalla quale non si può prescindere.

Realizzare una politica sanitaria "equa" non significa garantire a tutti i membri della comunità pari

opportunità di accesso a tutto ciò che è loro necessario per soddisfare qualsiasi bisogno espresso, quanto garantire a tutti pari opportunità di accesso rispetto a ciò che la comunità stabilisce di potersi permettere per soddisfare una quota prioritaria ed indispensabile di bisogni (**M. Zanetti, 1999**).

La medicina di genere è una testimonianza di come l'equità debba essere un principio che si applichi non solo all'accesso ma anche all'appropriatezza della cura, a poter disporre cioè della terapia più consona al singolo genere. **L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito la medicina di genere nell'Equity Act** a testimonianza che il principio di equità implica che la cura sia appropriata e sia la più consona al singolo genere. **Una risoluzione del Parlamento europeo del 2011** ha poi raccomandato, tra le altre cose, una maggiore attenzione allo stato di salute delle donne, invitando a incoraggiare e sostenere la ricerca medica e farmacologica sulle patologie che colpiscono maggiormente le donne in tutte le fasi della loro vita. Studiare e capire le differenze è elemento essenziale per raggiungere le finalità del sistema sanitario, per garantire che vengano identificati gli indicatori di equità di genere fino ad oggi non riconosciuti o sottostimati.

Per questo occorrono dati sulla prevalenza delle malattie e distinti nei due generi, ma anche sui ruoli sociali e familiari, sulla natura e qualità delle relazioni sui vissuti delle donne.

La codificazione di una normativa che riconosca la medicina di genere e le conferisca il rilievo che merita anche all'interno della comunità scientifica rappresenta, dunque, un indubbio progresso nel settore, da molti atteso, e contribuisce alla diffusione di una cultura medica e farmacologica più largamente orientata all'intero ciclo di vita della donna, andando oltre le segmentazioni per singole fasi, in particolare quelle legate alla funzione riproduttiva. Alcune regioni, tra cui Toscana ed Emilia Romagna, si sono già dotate, infatti, di normative in tale materia introducendo anche la medicina di genere nel piano sanitario regionale. Altre esperienze po-

sitive nel settore sono l'azione dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, nato nel 2005 con l'obiettivo di studiare, informare, educare e stimolare una grande attenzione sulla salute della donna, attivando sinergie con tutti gli istituti preposti a livello nazionale e quella del Gruppo italiano salute e genere che, dal 2009, ha predisposto programmi sulla cultura di genere per la popolazione generale e per gli operatori sanitari. Obiettivo finale delle misure proposte sarà pertanto la realizzazione di una medicina basata sull'evidenza e personalizzata sulla base del genere, in modo da assicurare maggior razionalizzazione ed appropriatezza delle cure e la conseguente riduzione degli aggravati al sistema sanitario.

La proposta di legge è composta da sei articoli.

Nell'**articolo 1 "Finalità e oggetto"** si esplicitano le finalità e l'oggetto della legge.

L'**articolo 2 "Promozione e sostegno della medicina di genere"** riconosce la medicina di genere introducendola nel piano sanitario regionale e promuovendone il recepimento negli atti aziendali.

L'**articolo 3 "Promozione e sostegno della ricerca in materia di medicina di genere"** prevede misure di sostegno e di promozione della ricerca in materia di medicina di genere.

L'**articolo 4 "Campagne di informazione e percorsi di formazione del personale medico e sanitario in materia di medicina di genere"** indica un pacchetto di provvedimenti da adottare per la diffusione dell'approccio di genere nelle comunità scientifiche a partire dagli studenti di medicina e chirurgia.

L'**articolo 5 "Istituzione dell'Osservatorio regionale per la medicina di genere"** istituisce l'Osservatorio regionale per la medicina di genere.

L'**articolo 6 "Entrata in vigore"** infine ne stabilisce l'entrata in vigore. ■

Obiettivo finale delle misure proposte è la realizzazione di una medicina basata sull'evidenza e personalizzata sulla base del genere, in modo da assicurare più appropriatezza delle cure. Con conseguente riduzione degli aggravati al sistema sanitario

NOI PER LORO, NATURALMENTE.



Pleyris® 25 mg

Soluzione iniettabile di progesterone
per uso sottocutaneo o intramuscolare

La nuova soluzione di progesterone
per la tua scelta naturale^{1,2}



IBSA PMA
La scelta naturale



Farmaci nella forma migliore

Il progesterone per il supporto della fase luteale nelle prime fasi di gravidanza: evidenze complessive e nuove formulazioni

La fase luteale e di conseguenza il progesterone prodotto dal corpo luteo è essenziale per l'impianto della blastocisti. Il progesterone prepara l'endometrio per la gravidanza stimolando la proliferazione cellulare in risposta allo stimolo dell'hCG.

Sulla base di questa semplice considerazione il progesterone è stato utilizzato nelle donne con aborto ricorrente, con minaccia d'aborto e in particolare in corso di tecniche di procreazione medica assistita (Pma).

Il razionale per l'uso del progesterone in corso di Pma è sostanzialmente basato sull'osservazione che il trattamento con GnRH agonisti o antagonisti usati in associazione con gli schemi di stimolazione ovarica per prevenire un "surge" dell'LH prematuro, diminuisce la produzione endogena di progesterone nel corpo luteo, causando un difetto iatrogeno della fase luteale. Inoltre le procedure di pick-up ovocitario possono a loro volta interferire con la produzione di progesterone



A cura della Segreteria Nazionale Aogoi

Ad oggi sono stati pubblicati numerosi studi clinici su l'uso del progesterone nel sostegno della fase luteale nelle donne sottoposte a Pma. È quindi possibile cercare di sintetizzare le evidenze ad oggi disponibili su l'uso del progesterone e discutere i potenziali vantaggi e svantaggi delle differenti formulazioni disponibili in commercio.

Il supporto nella fase luteale in corso di Procreazione Medica Assistita

La principale sintesi delle evidenze dagli studi clinici controllati sull'efficacia del supporto della fase luteale in corso di cicli di IVF è stata recentemente pubblicata da la **Cochrane** collaboration (van der Linden M et al 2015). Questa revisione della letteratura ha incluso otto studi clinici controllati randomizzati per un totale di 875 donne che hanno confrontato l'uso del progesterone vs placebo o nessun trattamento. I risultati di questa meta analisi mostrano un effetto favorevole dell'utilizzo del progesterone vs nessun trattamento attivo su il tasso di gravidanza clinica. (et al 2015).

Differenti formulazioni di progesterone nel supporto della fase luteale in corso di Pma

Le formulazioni fino ad oggi in commercio di progesterone permettevano la sua somministrazione per via orale, intramuscolare e vaginale e rettale.

Tutte queste vie di somministrazione hanno generalmente mostrato una similare profilo di efficacia (Shapiro et al, 2014; Vaisbuch et al 2012, Barbosa et al 2015, van der Linden et al 2015). La precedentemente citata **Cochrane review** ha rivisto i risultati di 45 studi che hanno incluso complessivamente 13814 donne che hanno valutato differenti modalità di somministrazione del progesterone: via intramuscolare vs via orale; via intramuscolare vs via vaginale o rettale; via orale vs via vaginale o rettale; uso di basse vs alte dosi per via vaginale; uso di protocolli short vs long ed uso di progesterone micronizzato vs progesterone sintetico. I risultati generali di questi confronti non hanno mostrato differenze significative, se si eccettua una modesta maggior efficacia del progesterone i.m. vs la via vaginale. Gli stessi Autori concludono al termine della revisione: "Non sono emerse differenze di efficacia tra le differenti vie di somministrazione" (et al 2015).

Sebbene ad oggi non emergano importanti differenze in termini di efficacia clinica tra le differenti vie di somministrazione, vanno considerati le differenze di biodisponibilità e di frequenza di eventi avversi.

Il progesterone orale è soggetto ad un sostanziale first-pass epatico. Di conseguenza la sua "bioavailability" è generalmente <10% della dose somministrata. Il didrogesterone (un progesterone sintetico) in parte permette di aumentare la "bioavailability".

Le formulazioni intramuscolari e vaginali sono associate a eventi avversi. La via intramuscolare causa ascessi locali. D'altra parte la via vaginale è stata tradizionalmente associata con irritazione vaginale, aumentate perdite vaginali talvolta sanguinamento ed il suo assorbimento può essere alterato in seguito ai rapporti sessuali (Kimzey et al 1991; Merriam et al 2015). (Vedi tabella in questa pagina)

Causa del fatto che il progesterone è una molecola idrofobica, le formulazioni tradizionalmente in commercio non permettono la sua somministrazione per via sottocutanea o endovenosa.

Recentemente è stata commercializzata una nuova formulazione nella quale il progesterone è stato reso idrosolubile rendendolo così veicolabile con una iniezione sottocutanea. In particolare la solubilità in acqua è stata resa possibile grazie all'uso dell'idrossipropil beta ciclodestrina. Le ciclodestrine sono residui di amido privi di attività terapeutica. Una volta iniettato sottocute, il progesterone si dissocia dal complesso formato con le beta ciclodestrine così è disponibile nel circolo ematico (Zoppetti et al, 2007). Una caratteristica di questa formulazione è la capacità di mimare la produzione endogena di progesterone nella fase luteale, che è pari ad un

Principali limiti delle vie di somministrazione orale, vaginale e intramuscolare

Via orale	Via vaginale	Via intramuscolare
Limitata "bioavailability"	Fenomeni irritativi vaginali	Fenomeni irritativi locali
	Perdite vaginali	Ascesso in sede di iniezione
	Per la maggior parte delle formulazioni necessità di più somministrazioni giornaliere	Necessità di iniezione quotidiana
	Possibile ridotto assorbimento post coitale	Ipersensibilità
	Sanguinamento	Dolore in sede di iniezione
	Possibile variabilità nell'assorbimento	

massimo di circa 25mg/die.

Ad oggi sono stati pubblicati due studi clinici controllati randomizzati che hanno confrontato l'efficacia del progesterone s.c. verso il progesterone vaginale.

Il primo studio ha confrontato 25 mg/die di progesterone s.c. vs 90 mg/die di progesterone gel vaginale e ha incluso 683 donne sottoposte a stimolazione ovarica controllata. Complessivamente le donne che hanno

utilizzato la via s.c hanno assunto 1750 mg di progesterone e quelle che hanno utilizzato la via vaginale 6300 mg (dose oltre tre volte superiore rispetto a quella del progesterone s.c.).

Si sono osservati risultati comparabili in termini di tassi di gravidanza in corso dopo 10 settimane (27,4% vs 30,5% rispettivamente, p=0,399). Similmente non si è osservata nessuna differenza significativa tra i due

gruppi per quanto riguarda: i tassi di impianto (22,6% +35,0% e 23,1% +33% rispettivamente); i tassi di positività al test delle beta hCG; gravidanza clinica a 4-5 settimane dal trattamento; abortività spontanea precoce e nati vivi (Lockwood G et al 2014).

Il secondo studio ha incluso 800 donne arruolate in un protocollo standard di fecondazione in vitro ed ha confrontato l'efficacia del progesterone s.c. 25mg/dievs progesterone microinizzato vaginale 100 mg/BID. I tassi di gravidanza in atto dopo 10 settimane erano sostanzialmente sovrapponibili nei due gruppi di trattamento (40,8% vs 43,3%, p=0,42). Similmente non si è osservata alcuna differenza significativa tra i due gruppi con riferimento ai tassi di impianto, positività alle beta hCG gravidanza clinica alla 4^a-5^a settimana di trattamento, gravidanza biochimica ed abortività spontanea (Baker et al, 2014).

In conclusione, il supporto della fase luteale con progesterone è oggi un trattamento evidence-based efficace per migliorare i tassi di successo in corso di Pma. L'efficacia appare complessivamente sovrapponibile con le differenti vie di somministrazione.

La scelta andrà quindi basata su la frequenza di eventi avversi, l'accettabilità della donna ed il principio generale di minor dose efficace. **Y**

Il supporto della fase luteale con progesterone è oggi un trattamento evidence-based efficace per migliorare i tassi di successo in corso di Pma

Per saperne di più

- Baker VL, Jones CA, Doody K, Foulk R, Yee B, Adamson GD, Cometti B, DeVane G, Hubert G, Trevisan S, Hoehler F, Jones C, Soules M. A randomized, controlled trial comparing the efficacy and safety of aqueous subcutaneous progesterone with vaginal progesterone for luteal phase support of in vitro fertilization. Hum Reprod. 2014 Oct 10;29(10):2212-20. doi: 10.1093/humrep/deu194. Epub 2014 Aug 6
- Barbosa MW, Silva LR, Navarro PA, Ferriani RA, Nastri CO, Martins WP. Dydrogesterone versus progesterone for luteal-phase support: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Ultrasound Obstet Gynecol 2015 Nov 18. doi: 10.1002/uog.15814
- Kimzey LM, Gumowski J, Merriam GR, Grimes GJ Jr, Nelson LM Absorption of micronized progesterone from a non liquefying vaginal cream. Fertil Steril. 1991 Nov;56(5):995-6
- Lockwood G, Griesinger G, Cometti B. 13 European Centers. Subcutaneous progesterone versus vaginal progesterone gel for luteal phase support in in vitro fertilization: a noninferiority randomized controlled study. Fertil Steril. 2014 Jan;101(1):112-119.e3. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.09.010. Epub 2013 Oct 17.
- Merriam KS, Leake KA, Elliot M, Matthews ML, Usadi RS, Hurst BS. Sexual absorption of vaginal progesterone: a randomized control trial. Int J Endocrinol. 2015;2015:685281. doi: 10.1155/2015/685281. Epub 2015 Feb 3
- Shapiro D, Boostanfar R, Silverberg K, Yanushpolsky EH Examining the evidence: progesterone supplementation during fresh and frozen embryo transfer. Reprod Biomed Online. 2014 Dec;29 Suppl 1:S1-14; quiz S15-6. doi: 10.1016/S1472-6483(14)50063-6
- Vaisbuch E, Leong M, Shoham Z. Progesterone support in IVF: is evidence-based medicine translated to clinical practice? A worldwide web-based survey. Reprod Biomed Online 2012 Aug;25(2):139-45. doi: 10.1016/j.rbmo.2012.04.005. Epub 2012 Apr 22
- van der Linden M, Buckingham K, Farquhar C, Kremer JA, Metwally M Luteal phase support for assisted reproduction cycles. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 7;7:CD009154. doi: 10.1002/14651858.CD009154.pub3
- Zoppetti G, Puppini N. Water soluble progesterone-hydroxypropyl-beta-cyclodextrin complex for injectable formulations. J Incl Phenom Macrocycl Chem 2007;57:283-288

Pma. Il focus Censis

■ Una coppia su tre si rivolge al privato. Con spese fino a 5.200 euro. Ma l'età della donna penalizza i risultati e solo in un caso su 5 le tecniche hanno avuto successo

Le coppie che vi ricorrono sono sempre più avanti con gli anni (36,7 anni le donne e 39,8 gli uomini) e questo penalizza i risultati. C'è poi un problema di qualità nell'assistenza che risulta molto differenziato tra le Regioni. Per il 45% delle coppie intervistate la Pma dovrebbe essere consentita anche ai single e per il 42% anche agli omosessuali. E il 46% dice sì alla "surrogata". Età media, sia dell'uomo (dai 37,7 anni del 2008 ai 39,8 anni del 2016) che della donna (da

35,3 a 36,7 anni) in crescita, livello di istruzione più elevato e una condizione professionale più stabile. Questo l'identikit delle coppie italiane che ricorrono più frequentemente alla procreazione medicalmente assistita tracciato dal Censis in collaborazione con la Fondazione Ibsa, a otto anni di distanza dalla prima ricerca sul tema, presentata a Roma il 18 maggio scorso. **Sono coppie che cercano di avere un figlio mediamente da 3,9 anni** e i primi dubbi in relazione alla

difficoltà di ottenere una gravidanza sono intervenuti dopo 15,5 mesi di tentativi (un tempo più lungo rispetto ai 12,2 mesi del 2008). Si allunga anche il tempo che intercorre tra i primi dubbi e la scelta di rivolgersi al medico (10,9 mesi contro i 9,2 mesi del 2008). Guardando all'intero percorso, dal primo contatto con il medico al ricorso al primo centro di Pma trascorre poco più di un anno (12,7 mesi), un percorso ancora più lungo per le coppie meno istruite (19,2 mesi). Il gineco-



Il ginecologo è il professionista a cui si rivolge la maggioranza delle coppie (72%) e rispetto al 2008 è raddoppiata la quota di chi si è rivolto direttamente allo specialista del centro di Pma (14%)

logo è il professionista a cui si rivolge la maggioranza delle coppie (72%) e rispetto al 2008 è raddoppiata la quota di chi si è rivolto direttamente allo specialista del centro di Pma (14%). Solo al 55%

delle coppie è stata riconosciuta una condizione clinica come causa specifica dell'infertilità (circa 9 punti percentuali in meno rispetto alla precedente indagine), che è stata individuata nel 40% dei ca-

Ricognizione dei centri di PMA

L'obiettivo della ricognizione effettuata dalla SIOS.E è l'identificazione della situazione attuale della figura dell'embriologo nei centri italiani al fine di identificare una proposta che possa servire da linea guida per la corretta gestione del personale di laboratorio

Il personale di laboratorio svolge un ruolo di primaria importanza nei trattamenti di Pma, ma come rilevato anche dall'Eshre, in molti Paesi tra cui l'Italia questa professione non è ufficialmente accreditata. La principale conseguenza è la carenza di attività formative specifiche, che influisce inevitabilmente sulla qualità del lavoro. Inoltre, ad oggi, perché i biologi/biotecnologici possano ricoprire incarichi dirigenziali nel settore pubblico è necessario un Diploma di Specializzazione in Patologia Clinica (o equipollenti). Tale regola, in alcune regioni e per il Responsabile di laboratorio, si applica anche al settore privato. Questo requisito fa insorgere un problema importante: infatti, non esistendo specializzazione in Medicina della Riproduzione, può capitare che persone senza preparazione specifica ottengano incarichi dirigenziali in questo campo solo perché in possesso di altro tipo di specializzazione.

Questo comporta anche che i centri pubblici Pma in Italia utilizzino per il loro funzionamento embriologi clinici a contratto che non vedono davanti a sé nessuna prospettiva di carriera o di stabilità. Peraltro, le specializzazioni per cui possono concorrere anche i biologi sono attualmente chiuse e al momento non è prevista riapertura. L'obiettivo della ricognizione effettuata dalla SIOS.E è l'identificazione della situazione attuale della figura dell'embriologo nei centri italiani, per capire quali sono le tipologie di contratto, il numero di professionisti impiegati in ragione del numero e tipologia di trattamenti effettuati e tentare di identificare una proposta che possa servire da linea guida per la corretta gestione del personale di laboratorio.

La ricognizione è stata effettuata inviando un questionario con alcune domande specifiche a tutti i centri di PMA al fine di raccogliere i primi dati necessari a costituire la base di questa analisi.

Il questionario richiedeva informazioni relative alla località e tipologia del centro, anni di attività, numero di cicli e tecniche applicate e conteneva una parte di dettaglio relativa al numero e professionalità del personale di laboratorio nonché agli eventuali fabbisogni formativi del personale attualmente in forza.

In dettaglio i centri che hanno risposto alla survey sono

stati 28 su 357 consultati per un totale di 117 professionisti di varia specializzazione impiegati nelle attività di laboratorio.

Il dettaglio delle risposte è riportato nella tabella sottostante

	Nord	Centro	Sud	Totale
Risposte (n. centri)	17	1	10	28
Privati	Convenzionati	Pubblici	Totale	
9	5	14	28	
Tipologia del Personale impiegato in laboratorio				
Biologo	Biotecnologo	Tecnico	Altro/ non noto	Totale
85	19	7	6	117

Alle domande conclusive, specifiche sulla necessità di specializzazione/formazione del personale sono state ottenute le seguenti risposte

Avete necessità che alcuni componenti del vostro personale di laboratorio abbiano un Diploma di Specializzazione (richiesto per le assunzioni nei centri pubblici)?

Numero di risposte positive	di cui privati/ convenzionati	di cui pubblici	Numero di professionisti interessati
12	1	11	31

Riterreste utile che il personale di laboratorio fosse composto di figure professionali con formazione e inquadramento specifico in PMA?

Numero di risposte positive	di cui privati/ convenzionati	di cui pubblici	Numero di professionisti interessati
25	12	13	64

Le risposte al questionario, seppur il numero di centri che hanno risposto rispetto al totale dei centri italiani non sia del tutto significativo, fa emergere un quadro di



La quasi la totalità dei centri, sia pubblici che privati, riporta una carenza di formazione specifica in Pma che coinvolgerebbe circa il 50% dei professionisti impiegati

forte carenza formativa e di difficoltà di inquadramento. La quasi totalità di centri pubblici ha necessità di figure professionali che abbiano una specializzazione, il che riflette la forte problematica legata all'inquadramento di queste figure nel pubblico.

Comunque, quasi la totalità dei centri, sia pubblici che privati, riporta una carenza di formazione specifica in Pma che coinvolgerebbe circa il 50% dei professionisti impiegati. Un'ulteriore survey potrebbe essere incentrata sull'analizzare quali necessità effettive siano necessarie, rispetto a quelle già disponibili, al fine di migliorare l'inquadramento e la professionalità non solo tecnica dell'embriologo.

Visto l'impatto del problema, l'identificazione di proposte concrete per trovare una soluzione deve diventare una priorità congiunta di tutte le società italiane della riproduzione. **Y**

si dallo specialista del centro e nel 36% dei casi dal ginecologo".

Un percorso differenziato per accedere ai trattamenti. "I tempi di attesa - si evidenzia nel report - per accedere ai trattamenti variano in base alla tipologia del centro scelto. Il 33% delle coppie ha atteso in media meno di 3 mesi prima di iniziare la terapia (si sale al 49% nel caso delle coppie che si sono rivolte a centri privati), il 26% ha atteso tra i 3 e i 6 mesi (si sale al 41% nel caso di pazienti in cura presso strutture private convenzionate), il 24% ha iniziato i trattamenti dopo 6-11 mesi (si sale al 32% tra le coppie in cura presso centri pubblici), il 17% ha atteso un anno e oltre prima di accedere ai trattamenti (la percentuale aumenta al 29% tra chi si è rivolto al pubblico)".

La variabile geografica: al Centro costa di più. "Con riferimento all'ultimo ciclo di trattamenti effettuato - si legge - , per il 14% delle coppie i costi della Pma sono stati sostenuti interamente dal Servizio sanitario regionale, il 49% ha pagato il ticket, il 35% invece ha pagato interamente le prestazioni di tasca propria, soprattutto nelle regioni dove è più forte la presenza di strutture private, cioè al Centro (dove la percentuale di chi ha pagato di tasca propria sale al 67%) e al Sud (dove si arriva al 51%). Per chi ha sostenuto la spesa di tasca propria, il costo dell'ultimo ciclo di Pma si è aggirato mediamente intorno ai 4.000 euro (4.200 euro al Nord, 5.200 al Centro, 2.900 al Sud). Per chi ha pagato il ticket presso centri pubblici e privati convenzionati, il costo è in media di 340

euro (280 euro al Nord, 700 al Centro, 370 al Sud)".

I disagi delle coppie in terapia. "Per l'82% delle coppie - rimarca il Censis - la frustrazione derivante dai tentativi di concepimento falliti ha un impatto negativo sul vissuto quotidiano. Per il 61% la difficile conciliazione tra le esigenze della terapia e del lavoro costituisce una fonte di disagio. Per il 52% il problema dell'infertilità è diventato un pensiero costante, al punto che risulta difficile pensare ad altro. Il 46% teme gli effetti collaterali delle terapie. Il 42% fa riferimento, come fonte di disagio, alla medicalizzazione di aspetti della vita intimi e personali, come la procreazione e la sessualità. Al 41% il disagio deriva dalla sensazione di essere diversi dalle altre coppie. Il 30% denuncia una scarsa comprensione e condivisione del pro-

blema da parte dei familiari più intimi e degli amici (un problema che riguarda principalmente le coppie più giovani: 42%)".

Si alle modifiche alla legge 40/2004. Quasi la totalità delle coppie si ritiene favorevole ai cambiamenti già apportati alla legge 40/2004. Il 90% ritiene giusta la possibilità di selezionare l'embrione per eliminare situazioni di grave malattia e l'81% pensa che la fecondazione eterologa dovrebbe essere realmente disponibile per tutti. Meno nette, ma rilevanti, le posizioni su altri aspetti oggi non previsti dalla legge. Il 46% delle coppie ritiene che dovrebbero essere eliminate le restrizioni al ricorso all'«utero in affitto», per il 45% la Pma dovrebbe essere consentita anche ai single e per il 42% anche alle coppie omosessuali. "Le coppie attualmente impegnate

in un percorso di Pma cominciano sempre più tardi a cercare una gravidanza, come dimostra l'incremento dell'età media dei partner, il che impatta sulle possibilità di successo delle tecniche: la percentuale di gravidanze sulle coppie trattate, considerando tutte le tecniche, è attestata intorno al 22%", ha dichiarato **Ketty Vaccaro**, responsabile dell'area Welfare e Salute del Censis. "Sono coppie privilegiate sotto il profilo sociale ed economico, il che fa supporre che l'accesso al percorso sia difficile, se non precluso, a chi ha meno risorse e livelli di istruzione più bassi. Per queste coppie il percorso di Pma appare più lungo e complesso ed è comunque fortemente differenziato a livello territoriale, anche a causa di una offerta caratterizzata dalla prevalenza di strutture private", ha concluso Vaccaro. **Y**

Congresso Regionale Aogoi Puglia

La salute delle donne conta: investimenti in sanità e diritti umani

■ Un appuntamento importante, capace di intessere diversi temi clinici e organizzativi con il filo invisibile che rende la ricerca scientifica inseparabile dal lavoro quotidiano nelle corsie dell'ospedale

Carlo Sbiroli

Il Congresso Regionale Aogoi Puglia (8-10 maggio 2016) mi ha portato a Trani. Cittadina pugliese di grande fascino soprattutto per la sua bellissima cattedrale sul mare. Probabilmente l'edificio più bello e celebrato del romanico-pugliese. Ma non è di questo che voglio parlarvi. Voglio invece trasmettervi il piacere di aver partecipato a un convegno di ottimo livello. La brochure del congresso prometteva "momenti di riflessione sulle tematiche delle grandi sindromi ostetriche, sulle innovazioni tecnologiche e scientifiche

dell'ostetricia e ginecologia, sulla valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per migliorare la qualità dell'assistenza materno-fetale". Diciamo subito che questi obiettivi sono stati centrati appieno. A questo ha contribuito sicuramente l'ottima scelta dei relatori, selezionati tra i migliori esperti sui temi in discussione. Le letture magistrali di Nicolaides (standing ovation al termine della relazione), di Busacca sull'alimentazione in gravidanza e di Greco sull'ipertensione pre-eclampsia hanno certamente contribuito positivamente sul buon esito della manifestazione. Ma un ruolo importante hanno avuto gli esperti regionali

che, alla luce della loro esperienza, hanno inquadrato i vari temi in programma nelle problematiche ospedaliere locali. Il risultato è stato un confronto serrato tra innovazione tecnico-scientifica e pratica quotidiana. In fondo è proprio questo l'obiettivo dei congressi regio-

nali, voluti con determinazione dall'Aogoi: creare una "palestra" dove il confronto e l'aggiornamento sia facile e personalizzato, a differenza di quanto avviene nei congressi internazionali e nazionali.

Il paradosso della nostra epoca è l'illusione di essere informati. Questo è legato al fatto che sempre più, grazie a internet, si ha libero e gratuito accesso a una quantità straordinaria di dati. Il problema è che si tratta d'informazioni per lo più slegate fra loro, se non addirittura irrilevanti in alcuni casi. Congressi, come questo di Trani, hanno il grande merito di mettere in ordine le nuove acquisizioni, di validarle attraverso l'esperienza professionale degli ospedalieri. La manifestazione si è svolta nell'arco di due giorni e mezzo. È stata preceduta da due corsi pre-congressuali: pianeta Pma e cor-

so teorico pratico di sala travaglio e sala parto. Ampio spazio è stato dato ai problemi organizzativi nei nostri ospedali e a quelli medico-legali. Ottima l'organizzazione. Insomma questo Congresso Aogoi-Puglia si conferma (anche le manifestazioni degli anni precedenti a Ostuni furono molto apprezzate) un appuntamento importante, capace di intessere diversi temi clinici e organizzativi con il filo invisibile che rende la ricerca scientifica inseparabile dal lavoro quotidiano nelle corsie dell'ospedale. **Y**



L'obiettivo dei congressi regionali, voluti con determinazione dall'Aogoi, è di creare una "palestra" dove il confronto e l'aggiornamento sia facile e personalizzato, a differenza di quanto avviene nei congressi internazionali e nazionali

Un'interessante giornata di studio sulla responsabilità medica, tra orientamenti giurisprudenziali e prospettive future

Vincenzo Biondelli

Evoluzione normativa e giurisprudenziale sulla natura della responsabilità medica, onere della prova nel contenzioso della responsabilità civile del personale sanitario, responsabilità medica tra casualità e colpa: sono stati i temi al centro del convegno "Responsabilità sanitaria: prospettiva e nuovi scenari" che si è svolto a Vasto, l'8 aprile scorso. Dopo i saluti iniziali dell'av. Rosario Di Giacomo, presidente della sezione locale dell'Associazione Italiana Giovani Avvocati (A.I.G.A.) - che ha organizzato l'evento in collaborazione con il dott. Vincenzo Biondelli e il dott. Francesco Matrullo del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Vasto -, i lavori, con la moderazione dal dott. Giampiero Di Florio, Procuratore Capo della Repubblica presso il Tribunale di Vasto, si sono articolati attraverso i contributi del presidente nazionale Aogoi Vito Trojano, dell'av. Gianfranco Iadecola, già sostituto Procuratore presso la Corte di Cassazione, del dott. Pietro Falco, direttore della Uoc Medicina Legale Asl Lanciano Chieti Vasto, del dott. Silvio Paolucci, assessore alla programmazione sanitaria della Re-

gione Abruzzo, e del dott. Luca Brunese, direttore del dipartimento di medicina e di scienze della salute dell'Università del Molise. Gli interventi hanno affrontato con alta competenza scientifica i vari aspetti, sociali e giuridici, concernenti la responsabilità medica. L'evoluzione sociale ha con il tempo ingenerato la cultura dello star bene e modificato il concetto di attività sanitaria, che si è trasformata da semplice cura della malattia, ad attività spesso finalizzata ad un'efficace prevenzione di un numero notevole di patologie. Ciò ha di fatto rivoluzionato il rapporto operatore sanitario-paziente, che in passato assumeva contorni di tipo paternalistico, mentre oggi è caratterizzato da diagnosi o terapie articolate su percorsi condivisi tra medico e paziente. Tale evoluzione ha aumentato le aspettative dei pazienti e, di conseguenza, ha ingenerato un aumento di richieste di risarcimento danni, laddove l'aspettativa era delusa (a prescindere dal corretto o meno operato sanitario), spingendo alla diffusione della cd. medicina difensiva passiva, ossia quella pratica che mira non alla migliore cura del paziente, bensì ad arginare il più possibile responsabilità mediche e dunque richieste di risarcimento.



Tale fenomeno non ha ancora trovato un argine, anche perché i costi dei premi per le polizze assicurative, che dovrebbero manlevare gli operatori sanitari da eventuali errori, restano particolarmente elevati e ciò da un lato spinge molti medici ad escludere forme di tutele assicurative, sopportando il rischio di eventuali danni con un crescente ricorso a tecniche di medicina preventiva passiva; dall'altro scoraggia molti

giovani studenti ad intraprendere specializzazioni in ginecologia ed ostetricia, più soggette a richieste di risarcimento danni, con il rischio di una drastica riduzione nel futuro prossimo di operatori specializzati in tali ambiti. La legge Balduzzi, ultima nel microcosmo della normativa che governa la tematica, ha tentato di arginare il fenomeno, ma è stata poco incisiva e l'obiettivo non è stato raggiunto, tant'è vero che non ha permesso di mutare l'indirizzo giurisprudenziale civilistico, affermatosi sin dalla fine degli anni novanta, il quale considera il rapporto tra operatore di struttura sanitaria e paziente come un rapporto di tipo contrattuale (cd. rapporto da contatto sociale), agevolando non poco nella fase giudiziale il paziente, considerato soggetto debole e bisognoso di tutela, a discapito dell'operatore sanitario. L'abuso delle forme di tutela giudiziaria e il bisogno, avvertito da più parti, di rendere meno fre-

quente il ricorso alla medicina difensiva passiva che danneggia il sistema a discapito dei pazienti, ha spinto la classe politica ad un confronto con gli operatori sanitari che ha portato al varo del Ddl Gelli, già approvato alla Camera dei Deputati e in fase di approvazione definitiva in Senato. Il quale, rifacendosi ai canoni europei in materia di responsabilità medica, dovrebbe aumentare le garanzie e tutele per gli operatori delle professioni sanitarie e nello stesso tempo assicurare ai pazienti la possibilità di essere risarciti in tempi brevi e certi per gli eventuali danni subiti. La disamina del testo, in fase di definitiva approvazione, lascia ben sperare in un cambio di rotta, che possa riportare equilibrio e permettere agli operatori sanitari italiani di esprimere senza timore le potenzialità indiscutibilmente riconosciute a livello internazionale, al fine di assicurare un miglior servizio all'utenza nel rispetto dei diritti costituzionalmente garantiti. **Y**

Trojano: "Ringrazio i promotori dell'evento per questa particolare e articolata occasione di incontro tra avvocatura, magistratura, professioni e politica in tema di responsabilità sanitaria. È anche grazie a momenti di confronto come questo che l'Aogoi ha potuto maturare negli anni un'esperienza che l'ha resa oggi un importante punto di riferimento in questo ambito"



Capri: VI Corso Interattivo di Ostetricia e Ginecologia

Anche quest'anno la tre giorni caprese ha centrato appieno il suo obiettivo attraverso la scelta attenta di argomenti di grande interesse in campo ostetrico e ginecologico. Sono state affrontate le problematiche più controverse nel campo della contraccezione ormonale e della medicina perinatale. Particolare attenzione ha riscosso la sessione sulle criticità ostetriche, con focus su: emorragia peripartum, embolia polmonare e periodo espulsivo

Carlo Sbiroli

Sei anni fa Fabio Sirimarco diede vita ai Corsi Interattivi di Capri. L'idea era quella di privilegiare la discussione, il dibattito tra relatori e partecipanti. La manifestazione ebbe subito successo, tanto da suggerire la ripetizione di questa esperienza negli anni successivi. Siamo ormai alla sesta edizione e Sirimarco agguanta l'ennesimo successo. Poco tempo fa aveva manifestato l'intenzione di smettere (costi di gestione aumentati, riduzione del budget). Ma Fabio non è uno che abbandona la lotta. Il 12 maggio nell'aula dell'Hotel La Residenza di Capri, felice di averci ripensato e introducendo questo sesto Corso ha detto: "Quando si ha la responsabilità della Fondazione Confalonieri-Ragonese (braccio culturale dell'Aogoi) si ha il dovere di trasmettere cultura rendendola disponibile e di facile accesso". È questo l'obiettivo primario degli incontri capresi. **Ma veniamo a questo Sesto Corso** che puntava principalmente a ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici. L'obiettivo è stato centrato appieno attraverso la scelta attenta di argomenti di grande interesse in campo ostetrico e ginecologico. Sono state affrontate le problematiche più controverse nel campo della con-

traccezione ormonale e della medicina perinatale. Particolare attenzione ha riscosso la sessione sulle **criticità ostetriche** dove si è discusso con vivacità (sono i temi più sentiti) sulla emorragia peripartum, l'embolia polmonare e sul periodo espulsivo. Questi argomenti hanno suscitato particolare interesse per i **dati pubblicati recentemente dall'Istituto Superiore di Sanità**. Infatti anche se in Italia la mortalità ma-

terna si conferma un evento raro, con un tasso analogo alla Gran Bretagna e alla Francia dove muoiono 10 donne ogni 100 mila nati vivi, tuttavia la causa più frequente delle morti materne precoci (ovvero entro 42 giorni dalla nascita) è l'emorragia, responsabile del 43,5% del totale dei decessi, seguita dai disordini ipertensivi della gravidanza (19,1%) e dalla tromboembolia (8,7%). Dati importanti che devono sicuramente

stimolarci a far meglio e soprattutto a confrontarci in corsi come questo di Capri. Infine, un'ultima considerazione. Organizzare una manifestazione di questo tipo a Capri non è certamente facile. Daria (Ems Group) c'è riuscita bene. A parte i costi nettamente maggiori, vi è poi la grande difficoltà di trasferire docenti e discenti dal continente all'Isola e offrire un'ottima recettività. E qui torna alla ribalta

il problema delle risorse economiche, anche se l'Aogoi fa sforzi notevoli per aiutare e far quadrare i bilanci dei meeting periferici. Che fare? Ridimensionare queste manifestazioni? Limitarne il numero? Tutto questo sembra eccessivo. Mi viene in mente la risposta che qualche tempo fa diede a queste domande il preside dell'università di Haward: "Troppo cari? Provate con l'ignoranza". **Y**

Premio Fondazione San Camillo-Forlanini A Romano Forleo il "Premio Eccellenza in Sanità 2016"

■ Sono molte le personalità e le strutture che a Roma, nel Lazio e in Italia si distinguono per il grande impegno e i risultati raggiunti in un settore quanto mai complesso come quello della ricerca scientifica e la cura e tutela della salute dei cittadini. Tra queste, ci sono quelle selezionate dalla Fondazione S. Camillo-Forlanini per il Premio "Eccellenze in Sanità": "un momento unico di incontro tra strutture e medici che si sono distinti per valenza clinica e scientifica e per spirito di abnegazione", che quest'anno si svolto presso Museo Maxxi di Roma il 24 maggio scorso.

Ad essere premiato a livello nazionale con motivazione "Una vita per i malati" è stato Romano Forleo, ginecologo e primario emerito dell'Ospedale Fatebenefratelli di Roma mentre per l'azienda S. Camillo-Forlanini il riconoscimento alla "Carriera, una vita per l'Ospedale" è andato a Giuseppe Visco, infettivologo, epatologo e primario emerito. Il Premio "Sanità d'eccellenza" è stato attribuito a Carlo Caltagirone, direttore sanitario dell'IRCSS Riabilitazione S. Lucia di Roma, mentre i riconoscimenti per "Reparti



d'Eccellenza" sono andati a Roberto Violini, cardiocardiologo interventista e a Enrico

Cotroneo neuroradiologo interventista, entrambi del San Camillo-Forlanini di Roma.

► Segue da pagina 11

In Italia 9 casi ogni 100mila nati vivi, in piena media europea. Emorragia (43,5%) la principale causa

mortalità e di grave morbosità materna di oltre quattro volte rispetto a quello delle donne che partoriscono spontaneamente, per quanto si debba tener presente che questo rischio è parzialmente sovrastimato poiché le indicazioni all'intervento chirurgico, se appropriate, sono esse stesse un fattore di rischio per esiti sfavorevoli materni e/o neonatali.

La maggioranza dei decessi (68%) avviene in occasione del parto e il 19% durante la gravidanza. Le morti in occasione del parto nell'86% dei casi seguono un taglio cesareo. In ordine di frequenza i dati della sorveglianza confermano l'emorragia ostetrica come prima causa di morte materna, seguita dalla sepsi, dai disordini ipertensivi della gravidanza e dall'influenza. Le criticità

assistenziali più frequentemente segnalate dai clinici che hanno assistito le donne e dai revisori dei casi clinici sono: l'inappropriata indicazione al taglio cesareo, la mancanza di adeguata comunicazione tra i professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, il ritardo nella diagnosi e nel trattamento e la diagnosi e il trattamento non appropriati.

Il progetto sulla **grave morbosità materna da emorragia del post partum**, iniziato nel 2014, che ha coinvolto tutti i punti nascita di sei regioni che coprono il 49% dei nati del Paese, ha permesso di stimare per la prima volta l'incidenza del fenomeno. Una donna ogni 1000 che partorisce spontaneamente e tre donne ogni 1000 che subiscono un taglio cesareo vanno incontro a una grave complicazione emorragica del post partum. I principali fattori di rischio sono l'età ≥ 35 anni, aver già avuto un taglio cesareo nelle precedenti gravidanze e partorire con taglio cesareo rispetto al parto vaginale. In forte crescita, a causa dell'aumento dei cesarei, le anomalie della placentazione che possono causare pericolose emorragie difficili da trattare. Su 590 gravi emorragie prese in esame, nel 44% dei casi è stato necessario asportare l'utero per arrestarla.

Grazie ai risultati emersi dalla sorveglianza ItOSS-Regioni, sono state intraprese **diverse azioni per migliorare l'assistenza e prevenire i casi di mortalità e grave morbosità materna evitabili:**

- un corso di formazione a distanza (FAD) gratuito e accreditato ECM sulla prevenzione e gestione della emorragia del post partum coordinato dall'ISS nel 2014-2015 che ha visto la partecipazione di oltre 6000 professionisti sanitari in 12 mesi.
- una nuova edizione del corso FAD sulla emorragia del post partum nel 2016-2017 e un nuovo corso FAD sui disordini ipertensivi della gravidanza che rappresentano la seconda causa per frequenza di morte materna. Oltre 1000 professionisti hanno già partecipato ad entrambi i corsi avviati da due mesi con una media di 50 partecipanti al giorno;
- la realizzazione di una linea guida italiana evidence based su prevenzione e trattamento dell'emorragia del post partum sotto l'egida del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS che sarà pubblicata a ottobre 2016;
- la formulazione di raccomandazioni di buona pratica clinica sulla azioni chiave per la diagnosi e il trattamento appropria-

to di condizioni quali la sepsi, le indicazioni alle tecniche di riproduzione assistita e l'importanza del vaccino anti influenzale in gravidanza.

Allo scopo di condividere i dati raccolti e promuovere attività di ricerca, l'Italian Obstetric Surveillance System partecipa dal 2012 all'International Network of Obstetric Survey System (INOSS) che, tramite una collaborazione multinazionale di organizzazioni, conduce studi population-based su eventi morbosi gravi in gravidanza o al parto. **Nel 2016 sarà concluso lo studio sui casi di grave morbosità materna da emorragia ostetrica**, che ha coinvolto tutti i presidi dotati di ostetricia di sei regioni rafforzando la rete della sorveglianza ostetrica. Le nuove conoscenze sulla emorragia del post partum che lo studio mette a disposizione dei clinici e dei decisori saranno utili per migliorare la qualità dell'assistenza al percorso nascita.

Per promuovere la prevenzione del disagio psichico perinatale, nel 2016 l'Emilia-Romagna in collaborazione con l'Iss e le regioni Piemonte, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia ha attivato un progetto dedicato alla maternità e paternità fragile sostenuto finanziariamente dal Ministero della Salute. **Y**

► Segue da pagina 9

“Errori da parto tra i sinistri più costosi”

10 anni dall'erogazione delle prestazioni”.

“Le specialità cliniche – si legge – che subiscono la maggiore frequenza di richieste di risarcimento danni sono **Ortopedia e Traumatologia** (13%), seguita da **Chirurgia Generale** (12%), **DEA/Pronto Soccorso** (12%), **Ostetricia e Ginecologia** (8%) e le parti comuni/la struttura con quasi il 7%. Da un esame complessivo di tutte le tipologie di eventi all'interno delle Unità Operative si può riscontrare che in Ortopedia l'errore più diffuso è quello chirurgico (ad esempio lesione dopo un intervento di protesi all'anca), seguito da quello diagnostico; in Chirurgia Generale si riscontra una prevalenza di errori chirurgici e di infezioni; in DEA/Pronto Soccorso gli errori più frequenti sono quelli diagnostici (ad es. fratture non diagnosticate) e quelli terapeutici (ad esempio errato trattamento prescritto per l'ipertensione), seguiti dalle cadute accidentali; in Ostetricia e Ginecologia invece si rileva una maggioranza di errori chirurgici (come un errato intervento di chirurgia all'ovaio), mentre al secondo posto si trova-

no gli errori da parto/cesareo (ad esempio la morte di un neonato a seguito di parto); nelle parti comuni della struttura si possono riscontrare soprattutto cadute accidentali, ma anche infortuni ad operatori”.

Se poi si analizzano gli **errori per tipologia di ospedale**, i risultati “mostrano che gli ospedali ortopedici presentano il più alto livello di rischio con oltre 45 sinistri per anno, seguono gli ospedali universitari, le strutture di primo livello, quelle di secondo livello e infine quelle materno-infantili”.

La **tipologia di procedimento più frequente è quella stragiudiziale** (72,3%), “a conferma di trend di un crescita del ricorso al procedimento stragiudiziale che non si è mai arrestato nel corso degli anni presi in esame dal report. Se il maggiore ricorso al procedimento stragiudiziale può aiutare ad abbreviare i tempi di chiusura dei sinistri - il 68,3% di questi viene chiuso entro il secondo anno -, occorre comunque aspettare in media otto anni per la chiusura della totalità dei sinistri aperti in un dato anno”. **Y**

Il saluto dell'Aogoi al Professor Achille Ianniruberto

Il Professor Achille Ianniruberto nasce a Terlizzi il 17 luglio 1932. Studia a Napoli dove si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1957, conseguendo successivamente la Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia. Frequenta contemporaneamente la sezione scientifica della Fondazione Senatore Pascale – Istituto dei Tumori di Napoli con compiti di ricerca scientifica.

Trasferitosi negli Usa viene assunto nel 1966 come Assistente Ostetrico Ginecologo presso il Misericordia e Fordham Hospital di New York, emanazione della Facoltà di Medicina dell'Università “New York Medical College”. Nel 1970 è già Chief del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia e della annessa Scuola di Specializzazione sempre presso il Fordham Hospital.

Sarà Clinical Instructor del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia presso la A. Einstein College of Medicine of Yeshida University of New York.

Nel 1971 consegue la libera docenza in Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Roma.

Ritornato in Italia, ricoprirà il ruolo di Primario della Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale “M. Sarcone” di Terlizzi fino al pensionamento avvenuto nel 1998.

Durante la permanenza negli Stati Uniti colleziona un gran numero di Diplomi di Perfezionamento ed Attestati di Merito. L'Ame-

Il ricordo di un grande maestro, classe 1932, che si è spento in questi giorni: un'eccellenza nel campo della Ginecologia e Ostetricia e della Ecografia Ostetrica e Ginecologica. Qui ricordiamo il suo prestigioso curriculum e il grande amore per il suo lavoro. Fino all'ultimo, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe

rican Medical Association gli conferisce nel 1970 e nel 1971 il prestigioso Attestato di Eccellenza nella Professione Medica.

Viene, inoltre, nominato **Member a Vita della World Medical Association**.

In Italia verrà eletto nel 1977 **Presidente Nazionale della sezione di**



Ecografia Ostetrica e Ginecologica della SISUM che contribuì a fondare. Successivamente sarà **Vice Presidente della SIEOG** dal 1981 al 1984.

Alcuni anni dopo gli sarà conferito il titolo di **Presidente onorario** della stessa Società.

Sarà **Co-direttore** dei corsi di Perfezionamento in Diagnostica Ultrasonografica in Ostetricia e Ginecologia presso l'**Università degli Studi di Chieti** e Professore a contratto del Corso integrativo di Ecografia Ostetrica e Ginecologica dell'**Università degli Studi di Bari**. È stato **autore di oltre 400 lavori scientifici** pubblicati su riviste italiane ed estere.

Ha pubblicato come autore o co-autore 20 testi scientifici e testatlante riguardanti la diagnostica prenatale.

In questi giorni, con scrupolo e passione immutati, ha curato la sua ultima opera che presto sarà data alle stampe.



Due immagini del Prof. Achille Ianniruberto con il premio F.I.G.O. a Montreal nel 1994 e mentre riceve l'ultimo premio “Luigi Coppola” a Gallipoli nel 2015

► Segue da pagina 7

LA FOTO DELL'ISTAT La salute delle donne. Vivono di più ma si ammalano di più degli uomini

con la graduatoria generale della mortalità del 2012 si trova che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 82,7 per 100 mila abitanti.

Anche per queste cause il comportamento cambia a seconda del genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (91,5 per 100 mila) mentre è il quarto per gli uomini (73,2). Il terzo posto per gli uomini è occupato dalle malattie del sistema respiratorio con un quoziente pari a 81,9 per 100 mila abitanti, mentre per le donne il tasso per queste cause è di 64,6, quinta posizione in graduatoria. **Altro gruppo di cause con i quozienti tra i più elevati è**

quello dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso che per le donne da una mortalità pari a 85,8 per 100 mila abitanti e per gli uomini 55,5. Il quoziente per le cause di morte violenta, nel 2012, per gli uomini è pari a 47,8 per 100 mila, circa il 50 per cento più elevato di quello delle donne (32,5 per 100 mila).

Lo stato di salute percepito. La percentuale di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute è più elevata tra gli uomini (73,4 per cento) che tra le donne (66,5 per cento). All'aumentare dell'età decresce la prevalenza di persone che danno un giudizio positivo sul proprio stato di salute: scende al 40,2 per cento tra le persone anziane di 65-74 anni e raggiunge il 24,8 per cento tra gli ultra settantacinquenni.

A parità di età, già a partire dai 45 anni emergono nette le differenze di genere a svantaggio delle donne: nella fascia di età 45-54 anni il 72,5 per cento degli uomini si considera in buona salute contro il 68,6 per cento delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 65-74 anni (44,3 per cento contro il 36,6 per

cento) e i 75 anni e oltre (29,6 per cento contro il 21,6 per cento). A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è più elevata nel Nord-est (72,3 per cento), mentre meno al Sud e nelle Isole (rispettivamente 68,7 per cento e 68,5 per cento). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano soprattutto a Bolzano (85,8 per cento), a Trento (78,8 per cento) e in Valle d'Aosta (72,4 per cento), mentre quella peggiore si ha in Calabria (60,8 per cento) e in Sardegna (64,7 per cento).

Malattie croniche. Il 38,3 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Il dato risulta stabile rispetto al 2014. Le patologie cronico-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 51,5 per cento e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,2 per cento.

Come per la salute, lo svantaggio del sesso

femminile emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica. Sono, infatti, le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 55 anni. Il 19,8 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 45 anni.

Tra gli ultra settantacinquenni la comorbilità si attesta al 65,4 per cento (57,3 per cento tra gli uomini e 70,9 per cento tra le donne). Rispetto al 2014 diminuisce la quota di chi dichiara due o più patologie croniche nella fascia di età 45-54 anni (-2,8 punti percentuali). Nel 2015 le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute sono pari al 42,3 per cento. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,1 per cento), l'artrosi/artrite (15,6 per cento), le malattie allergiche (10,1 per cento), l'osteoporosi (7,3 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6

per cento), il diabete (5,4 per cento).

Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da bronchite cronica (19,4 per cento) rispetto alle loro coetanee (16,0 per cento) e da malattie del cuore (18,2 per cento contro il 14,1 per cento).

Uso dei farmaci. Il 41,0 per cento della popolazione ha fatto uso di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista dell'Istat. Le donne più degli uomini hanno dichiarato di aver assunto farmaci nel periodo considerato (45,0 per cento contro 36,8 per cento). Le quote di consumatori aumentano all'avanzare dell'età: per entrambi i sessi si raggiunge la metà della popolazione già dai 55 anni fino a raggiungere l'89,1 per cento tra le donne ultra settantacinquenni e l'86,7 per cento tra gli uomini della stessa fascia d'età.

Orlignal[®]

Macrogol 4000

• Regolarizza l'intestino
e facilita l'evacuazione

• Non provoca né crampi
né dolore addominale

• La sua efficacia
non si riduce nel tempo

• Non altera il gusto
della bevanda

• Non contiene
eccipienti o aromi

• **SENZA ZUCCHERO**



AD AZIONE LASSATIVA

**IL PRIMO MACROGOL SENZA ELETTROLITI E SENZA AROMA
CHE SI SCIOLGIE IN QUALSIASI BEVANDA, ANCHE CALDA**
(es. tè, tisane, latte, brodo o succo di frutta)

ALFA WASSERMANN

Alfa Wassermann fa parte del gruppo Alfasigma



Polybactum[®]

OVULI VAGINALI

OVULO VAGINALE A BASE DI LAURIL GLUCOSIDE E POLYCARBOPHIL CON LA SUA TRIPLICE AZIONE

**AZIONE
BATTERIOSTATICA
SELETTIVA⁽¹⁾**

**AZIONE PROTETTIVA
E MUCOADESIVA⁽²⁾**

**AZIONE
ACIDIFICANTE
DEL PH^(3,4)**

- **RIDUCE E PROTEGGE DALLA VAGINOSI BATTERICA⁽⁵⁾**
- **PREVIENE LE RECIDIVE NELLE DONNE AFFETTE DA VAGINOSI BATTERICA⁽⁵⁾**
- **UTILIZZABILE IN GRAVIDANZA⁽⁵⁾**



CE MEDICAL
DEVICE

POSOLOGIA⁽⁵⁾:

dopo il trattamento farmacologico della vaginosi batterica acuta, utilizzare Polybactum come segue:

- 3 ovuli (1 ogni 3 giorni) a settimana. Quando necessario attendere la fine del ciclo mestruale;
- ripetere questo trattamento per 2 cicli successivi (3 cicli complessivi).

In caso di Gravidanza iniziare il ciclo di terapia di Polybactum subito dopo il trattamento della fase acuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 009_qualification tests- Annex 09.12.2_microbiol screening 2B13-00042 EFFIK ovuli. Inhibitory activity of vaginal suppositories formulations
2. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 009_qualification tests- Annex 09.10 PCL-13-02-FT Final Report. Determination of vaginal permanence in the rat of an ovule formulation over 72h period
3. Test di valutazione effetto di Polybactum sul pH di soluzione acquose a pH differenti
4. Paternoster DM et al. Efficacy of an acidic vaginal gen on vaginal pH and interleukin-6 levels in low-risk pregnant women: a double-blind, randomised placebo-controlled trial J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15:198-201
5. Fascicolo tecnico del prodotto - FT01_ANNEX 013_Labeling